ПРОФЕССОР
А. П. ЗАГРЯДСКАЯ

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ПОЛОВЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ

Горький 1975

МЗ РСФСР
ГОРЬКОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ИМ. С. М. КИРОВА

профессор А. П. ЗАГРЯДСКАЯ

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ПОЛОВЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ

Лекция для студентов

Горький 1975

АННОТАЦИЯ

Лекция читается студентам V курса Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова.

В ней анализируются современные возможности судебно-медицинской экспертизы при половых преступлениях, формулируются вопросы, подлежащие экспертному разрешению, и приводятся основания для ответов на них. Значительное внимание обращено на слабо освещенные в учебной литературе особенности судебно-медицинской экспертизы лиц, подозреваемых в половых преступлениях, и диагностическую значимость лабораторных методов исследования.

К тексту лекции приобщены инструктивные «Правила судебно-медицинский акушерско-гинекологической экспертизы» (М., 1966) и «Правила судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин» (М., 1968).

Материалы, получившие отражение в лекции, могут быть полезными для судебно-медицинских экспертов и врачей других специальностей, привлекаемых к проведению соответствующих судебно-медицинских экспертиз.

Среди преступлений против жизни, здоровья, свободы и достоинства личности одними из наиболее социально опасных являются так называемые половые преступления. В это понятие вкладывается посягательство на половую неприкосновенность и половую свободу человека, на сложившиеся представления о половых отношениях и нравственности.

Специальные статьи УК РСФСР и других союзных республик предусматривают ответственность за половые преступления. Это ст. ст. 117, 118, 119, 120, 121 УК РСФСР и соответствующие статьи УК других союзных республик.

При расследовании половых преступлений, касающихся самых интимных сторон жизни человека, возникает немало вопросов, для разрешения которых требуется проведение судебно-медицинской экспертизы. Прежде чем анализировать ее возможности в этом направлении, отметим ряд положений, указанных статей УК РСФСР, определяющих некоторые понятия, а тем самым и поводы для назначения экспертных исследований.

Ст. 117 УК РСФСР — Изнасилование

Изнасилование, т. е. половое сношение с применением физического насилия, угроз или с использованием беспомощного состояния потерпевшей,—

наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет.

Изнасилование, сопряженное с угрозой убийством или причинением тяжкого телесного повреждения либо совершенное группой лиц или лицом, ранее совершившим изнасилование,—

наказывается лишением свободы на срок от пяти до десяти лет.

Изнасилование, совершенное особо опасным рецидивистом или повлекшее особо тяжкие последствия, а равно изнасилование несовершеннолетней,—

наказывается лишением свободы на срок от восьми до

пятнадцати лет со ссылкой на срок от двух до пяти лет или без ссылки либо смертной казнью.

Как видно из приведенного текста статьи 117 УК РСФСР объектом изнасилования всегда является лицо женского пола, причем об изнасиловании можно говорить лишь тогда, когда доказан факт бывшего полового сношения и установлено, что оно совершено без согласия потерпевшей, с помощью насилия или использования беспомощного состояния.

В литературе не имеется единого определения понятия полового сношения.

Так, М .И. Авдеев (1968) пишет, что половое сношение— это физиологический акт, направленный на продолжение рода и заключающийся во введении полового члена во влагалище. Все другие действия, производимые с целью удовлетворения половой потребности, не являются половым сношением.

Н. Г. Шалаев (1966) расширяет понятие полового акта. По мнению автора, которое нам представляется достаточно научно обоснованным и поэтому правильным, под естественным п о л о в ы м с н о ш е н и е м следует понимать удовлетворение или попытку удовлетворения полового влечения путем введения полового члена не только во влагалище, но и в преддверье, даже в том случае, если оно не сопровождалось дефлорацией и семяизвержением. Половым сношением в извращенной форме является удовлетворение или попытка удовлетворения полового влечения путем введения полового члена в прямую кишку или рот лица женского пола.

Насилие, с помощью которого совершается половое сношение при изнасиловании, может быть физическим или психическим.

При физическом насилии на теле потерпевшей нередко остаются определенные знаки (следы ударов, связывания и других действий, направленных на преодоление сопротивления). Психическое насилие может быть в форме угроз, касающихся существеных интересов самой потерпевшей или близких ей лиц (угроза убийством, нанесением телесных повреждений, обезображиванием и т. д.)

Для определения бывшего полового сношения необходимы специальные судебно-медицинские исследования. Что же касается вопросов о примененном насилии и его виде, то они разрешаются следователем и судом на основании комплекса доказательств, среди которых немаловажное значение могут иметь данные, установленные экспертом (напр., о повреждениях на теле потерпевшей).

Беспомощное состояние, используемое с целью изнасилования, может характеризоваться физической или психической беспомощностью потерпевшей, т. е. когда она или не может

оказать сопротивление насильнику вследствие сильной физической слабости (вызванной, напр., болезнью, большой усталостью, потерей крови и т. д.), или ее психическое состояние было таким, что она не сознавала что с ней совершается половой акт (слабоумие, тяжелое опьянение, обморок и др.).

Беспомощное состояние, обусловленное физическими факторами, устанавливается судебно-медицинским экспертом, психическая беспомощность определяется в процессе психиатрической экспертизы.

Особо тяжкими последствиями изнасилования является смерть потерпевшей, ее самоубийство, расстройство душевной деятельности или причинение тяжкого телесного повреждения. В указанных случаях производятся соответствующие судебно-медицинские или судебно-психиатрические (при расстройстве психической деятельности) исследования.

При изнасиловании несовершеннолетней, когда отсутствуют документы, подтверждающие ее возраст, может возникнуть необходимость его определения, что является поводом для назначения судебно-медицинской экспертизы. Иногда требуется установить возраст и подозреваемого лица.

Ст. 118 УК РСФСР — Понуждение женщины к вступлению в половую связь

Понуждение женщины к вступлению в половую связь или к удовлетворению половой страсти в иной форме лицом, в отношении которого женщина являлась материально или по службе зависимой,—

наказывается лишением свободы на срок до трех лет.

В некоторых случаях таких преступлений судебно-медицинскому эксперту надлежит установить факт бывшего полового сношения или физических знаков удовлетворения полового влечения в иной форме, не связанной с половым сношением.

Ст. 119 УК РСФСР — Половое сношение с лицом, недостигшим половой зрелости

Половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости,—

наказывается лишением свободы на срок до трех лет.

Те же действия, сопряженные с удовлетворением половой страсти в извращенных формах,—

наказываются лишением свободы на срок до шести лет.

Статья предусматривает наказание за добровольное половое сношение мужчины или женщины с лицом другого пола, не достигшим половой зрелости. Следовательно, одним из

основных вопросов, которые требуют экспертного разрешения в соответствующих случаях, является вопрос о половой зрелости потерпевшего лица (мужского или женского пола). Только в случае недостижения им половой зрелости можно предполагать состав данного преступления.

Применительно к женскому организму под состоянием половой зрелости понимают окончательное сформирование, когда половая жизнь, зачатие, роды, вскармливание ребенка являются нормальной функцией, не расстраивающей здоровья, и женщина способна к выполнению материнских обязанностей.

Применительно к мужскому организму половая зрелость характеризуется таким состоянием общего физического развития и формирования половых желез, при котором половая жизнь является физиологически нормальной функцией, не вызывает расстройства здоровья и не наносит ущерба дальнейшему развитию организма.

Очень четко определяет состояние половой зрелости Н. Г. Шалаев (1966). Он пишет, что под половой зрелостью следует понимать такой период в развитии нормально функционирующего организма мужчины или женщины, когда их половые железы способны вырабатывать половые клетки, а сами они могут без ущерба для здоровья вступить в половую связь и воспроизвести потомство.

В зависимости от особенностей конкретного дела судебным медиком может устанавливаться также факт бывшего полового сношения или извращенных форм его.

Статья, аналогичная ст. 119 УК ВСФСР, т. е. предусматривающая уголовную ответственность за добровольное половое сношение с лицами, не достигшими половой зрелости, содержится в уголовных кодексах Украинской, Белорусской, Армянской, Литовской и Узбекской союзных республик. В уголовных кодексах других республик указывается, что наказуемым является половое сношение с лицом, не достигшим 16 лет или не достигшим брачного возраста, когда разрешается вступление в брак. Брачный возраст установлен в 18 лет, а в некоторых союзных республиках (Азербайджанской, Армянской, Грузинской) —в 16 лет.

Ст. 120 УК РСФСР — Развратные действия

Развратные действия в отношении несовершеннолетних—

наказываются лишением свободы на срок до трех лет.

Под развратными действиями понимаются различные способы удовлетворения полового влечения, не связанные с естественным или извращенным половым сношением, но производимые при участии или в присутствии несовершеннолетнего лица мужского или женского пола (прикосновение руками

к половым органам, трение половым членом о половые органы или напр., о бедра девочки, совершение полового акта или онанизм в присутствии несовершеннолетнего, обучение половым извращениям, ознакомление с порнографической литературой и др.).

В соответствующих случаях судебно-медицинскому эксперту предлагается определить наличие на теле потерпевшего физических знаков развратных действий (механических повреждений, воспалительных изменений). При отсутствии документов о возрасте может проводиться освидетельствование с целью его установления.

Ст. 121 УК РСФСР — Мужеложство

Половое сношение мужчины с мужчиной (мужеложство) —

наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.

Мужеложство, совершенное с применением физического насилия, угроз, или в отношении несовершеннолетнего, либо с использованием зависимого положения потерпевшего, —

наказывается лишением свободы на срок до восьми лет.

Мужеложство совершается путем введения полового члена в прямую кишку или в рот лица мужского пола. Задачей судебно-медицинской экспертизы является выявление следов мужеложства у активного и пассивного партнеров, а также знаков физического насилия и сопротивления (механических повреждений). В необходимых случаях устанавливается возраст потерпевшего, а иногда — и подозреваемого.

Из изложенного видно, что при половых преступлениях судебно-медицинской экспертизе, прежде всего, подвергается потерпевшее лицо.

Применительно к лицам женского пола, в зависимости от характера преступления и особенностей случая, эксперту надлежит дать ответы на следующие вопросы:

— о нарушении девственности,
— о бывшем половом сношении,
— о знаках физического насилия или развратных действий,
— о половой зрелости,
— о беременности,
— о заражении венерической болезнью.

Проанализируем возможности судебно-медицинской экспертизы при разрешении этих вопросов.* Попутно мы осветим

* Вопросы, связанные с установлением возраста, в настоящей лекции не рассматриваются. Не освещаются также особенности судебно-медицинской экспертизы трупов женщин в случаях убийств на сексуальной почве.

и некоторые специфические моменты, связанные с экспертизой потерпевших мужского пола.

О нарушении девственности

Основным критерием девственности, т. е. состояния, когда женщина не жила половой жизнью, является ненарушенная анатомическая целость девственной плевы.

Плева представляет собой дубликатуру слизистой оболочки влагалища и ограничивает вход в него. Основу плевы составляет соединительная ткань, содержащая эластические волокна и пучки мышц. Слизистая оболочка, покрывающая плеву, представлена многослойным плоским эпителием, не совсем не однотипным снаружи и изнутри.

Различают основание плевы, ее свободный край, образующий отверстие, влагалищную (или верхнюю) и наружную (или нижнюю) поверхности.

В зависимости от количества мышечных волокон в толще плевы она может быть сравнительно толстой, «мясистой» или, наоборот, более тонкой, нежной.

Следует различать две основные формы плевы, обусловленные расположением отверстия: кольцевидную, или циркулярную при центральной локализации отверстия и полулунную, когда отверстие располагается эксцентрично, чаще сверху, ближе к отверстию мочеиспускательного канала.

Многочисленные вариации вида девственной плевы связаны или с количеством отверстий или с особенностями свободного края, а также поверхности.

Так, может быть заращенная (непрободенная, или слепая) плева, когда отверстие вообще отсутствует; перегороженная, когда отверстие разделено на две части продольной или поперечной перегородкой; окончатая, когда отверстий четыре; решетчатая или сетчатая, когда их больше.

Свободный край плевы может быть ровным и гладким, но нередко по его протяжению отмечаются естественные выемки. В зависимости от их количества и глубины плева приобретает вид зубчатой или бахромчатой (когда выемок много, но глубина их небольшая), лоскутной или дольчатой (когда выемки доходят до середины или глубже, вплоть до основания плевы, разделяя ее на отдельные лоскуты или доли).

Как кольцевидная, так и полулунная плевы могут характеризоваться одним или несколькими отростками, выступающими в просвет. Такую плеву обозначают отростчатой. При выступающей мясистой нижней части и сглаженной верхней части плева приобретает вид киля и определяется как килевидная.

Высота плевы также может быть разной, чаще в пределах 1,0—1,5 см, но может быть и несколько больше (до 2—

2,5 см), или, наоборот, меньше. Иногда плева очень низкая, представлена лишь небольшой складкой слизистой влагалища, в редких случаях отмечается врожденное отсутствие плевы.*

При первом половом сношении обычно возникает разрыв плевы — дефлорация. Разрыв может быть один, иногда их два, в редких случаях — больше. Чаще они располагаются в задне-нижних сегментах (по часовому циферблату на уровне от 4 до 8 часов), но могут быть и в других областях. Разрывы доходят до основания плевы, реже возникают поверхностные надрывы.

При экспертной оценке факта разрыва девственной плевы следует иметь в виду, что разрывы и надрывы плевы не всегда являются следствием полового сношения. Они могут быть причинены руками при развратных действиях или каким-то предметом, вводимым во влагалище. В очень редких случаях разрывы девственной плевы возникают при общей травме области половых органов.

Необходимо также учесть что при некоторых формах девственной плевы (лоскутной, дольчатой, иногда — бахромчатой), когда она обладает значительной растяжимостью, введение полового члена во влагалище может не вызвать разрыва и, следовательно — ненарушенная целость девственной плевы не будет удостоверять физической девственности. Это должно получить отражение в экспертном заключении. В подобных случаях разрывы плевы возникают только при родах женщины, когда непрерывность основания плевы нарушается и на месте ее в дальнейшем остаются неправильной формы образования — миртовидные сосочки.

Свежие разрывы и надрывы девственной плевы кровоточат, края их отечны, пропитаны кровью. В ближайшие день — два на краях появляются небольшие фибринозные наложения, а затем образуется грануляционная ткань, края рубцуются. Рубцы очень нежные, белесовато-розовые, по внешнему виду почти не отличаются от остальной плевы.

Указанная динамика заживления краев разрывов девственной плевы наблюдается на протяжении 7—10—12 дней, иногда несколько дольше (в зависимости от толщины, т. е. мясистости плевы, глубины разрыва, инфицирования раневых поверхностей и др. факторов.) Эта динамика составляет основу для суждения о давности разрыва, которая, таким образом, может быть установлена лишь в пределах сроков заживления краев.

---

*Подробнее о вариациях форм девственной плевы см. специальую литературу.

Разрывы с полностью зажившими краями обозначаются как «давние» или «старые». Экспертных критериев для определения сроков их возникновения в настоящее время не существует.

Разрывы плевы, а чаще не доходящие до основания надрывы нередко приходится дифференцировать с естественными выемками. Иногда это удается сделать при визуальном осмотре, когда четко различается закругленное дно выемки (в надрывах оно остроугольное) и рубцовая ткань по краям надрывов и разрывов. Принимается во внимание и такой признак, как симметричность выемок, расположение их в любой части плевы (разрывы и надрывы, как выше отмечалось, локализуются, в основном, в задне-нижнем квадранте).

С целью дифференциальной диагностики рекомендуются и некоторые специальные методы.

Так, А. Н. Ратневский и Н. А. Будыко (1969) предлагают проводить осмотр плевы при освещении ультрафиолетовыми лучами. Из-за большого количества поверхностно расположенных коллагеновых волокон рубцы люминесцируют сильнее, чем окружающая ткань плевы. По наблюдениям авторов, в разрывах 3—5—6-дневной давности уже отмечается характерное слабоголубоватое свечение, отсутствующее в естественных выемках. Б. Бериh (1974) указывает, что надежные результаты могут быть получены в процессе кольпоскопии при зеленом монохроматическом освещении. Автор рекомендует узучать при увеличении состояние капиллярной сети плевы.

О половом сношении

Бесспорным доказательством бывшего полового сношения является наличие сперматозоидов во влагалищной слизи женщины. Они сохраняются в течение 3—5 суток после совокупления (если, разумеется, не предпринимались специальные меры с целью их уничтожения). Для обнаружения сперматозоидов в момент осмотра содержимое влагалища (преимущественно из заднего и боковых сводов) переносят стерильным марлевым тампоном на обезжиренные предметные стекла, которые высушивают на воздухе.

Исходя из того, что в сперме мужчины (как и в других секретах и экскретах) содержатся те же антигены изосерологической системы АВО, что и в крови, т. е. по групповой принадлежности они совпадают, для доказательства полового сношения с конкретным мужчиной очень важно установить групповую принадлежность спермы во влагалище женщины (а также в пятнах на ее одежде и теле, см. ниже) С этой целью исследуется содержимое влагалища на марлевом тампоне, использованном для получения мазков на предметных стеклах.

Примечание: При извращенных формах полового сношения и мужеложстве сперматозоиды могут быть обнаружены в прямой кишке (при сношении через заднепроходное отверстие) или в содержимом ротовой полости (при сношении через рот).

Оценка результатов определения групповой принадлежности спермы производится с учетом факта «выделительства», т. е. содержания в сперме, слюне и других выделениях человека группоспецифических антигенов, присутствующих в крови. У «выделителей», к которым относится большинство людей, это содержание значительное, у «невыделителей» — очень небольшое или они вообще не обнаруживаются.

Для определения «выделительства» исследуют слюну, образцы которой, как и образцы крови, берутся у потерпевших и подозреваемых.

Примечание: В случаях насильственной смерти, связанной с половыми преступлениями, возникает необходимость посмертного установления категории выделительства. С этой целью рекомендуется исследовать желчь и мочу из трупа (Т. М. Масис, 1971).

Косвенным признаком бывшего полового сношения П. А. Кузнецов (1975) считает факт обнаружения текстильных волокон из материалов нательного белья подозреваемого и волос с его лобка во влагалищной слизи потерпевшей. Автор пишет, что хотя и волокна и волосы могут попасть во влагалище женщины при любом механическом воздействии, но чаще они заносятся туда при половом сношении. В связи с этим рекомендуется сравнительно-микроскопическое исследование обнаруженных в вагинальной слизи волос и волокон с соответствующими образцами.

Достоверным признаком бывшего полового сношения является развивающаяся беременность, косвенным—факт заражения венерическим заболеванием (требуется исключить вероятность внеполового заражения).

Нередко признаками бывшего полового сношения считают свежий разрыв девственной плевы и механические повреждения в области половых органов. Оба этих признака имеют сугубо ориентировочное значение. Выше отмечалось, что дефлорация может быть результатом развратных действий, манипулирования руками мужчины, или каким-то предметом; что же касается механических повреждений, то они нередко причиняются при попытке изнасилования, когда в результате сопротивления потерпевшей, наступившей физической слабости мужчины или из-за других причин половой акт не совершается.

При систематических половых сношениях через задний проход в области последнего могут развиться довольно характерные изменения, а именно: воронкоообразная втянутость, зияние отверстия, сглаженность складок кожи и слизистой прямой кишки, расширение ее ампулярной части, расслабле-

ние сфинктеров. При экспертной оценке этих изменений необходимо, однако, учесть, что они могут быть результатом влияния других факторов, а именно болезненных процессов в соответствующей области, старческой атрофии, а также представлять собой врожденные анатомические особенности.

О знаках физического насилия и развратных действий

Знаки физического насилия бывают в виде механических повреждений: кожных ссадин, царапин, кровоподтеков, редко — ран. Преимущественная их локализация при половых преступлениях — в области наружных половых органов, внутренних поверхностей бедер и голеней, на шее и плечах, вокруг рта, на грудных железах. Это, однако, не исключает расположения повреждений в любой другой области тела.

По поводу каждого повреждения эксперт должен установить его характер (вид), орудие, использованное для нанесения, степень тяжести (согласно соответствующим статьям УК РСФСР) и давность — применительно ко времени события.

Механические повреждения могут быть и результатом развратных действий. Кроме того, манипулировние, напр., руками или половым членом в области половых органов девочки нередко влечет за собой явления раздражения с отечностью, гиперемией, нагноением (при инфицировании). При систематических развратных действиях может развиться хроническое воспаление слизистой.

О половой зрелости

Вопрос о половой зрелости возникает относительно потерпевших женского и мужского пола в возрасте от 14 до 18 лет, т. к. дети до 14 лет считаются малолетними, а в 18 лет, как отмечалось выше, наступает брачный возраст. В тех союзных республиках, в которых брачный возраст установлен в 16 лет, половою зрелость определяют в возрасте от 14 до 16 лет.

Из приведенного на стр. 6 понятия «состояние половой зрелости» видно, что при разрешении этого вопроса эксперт должен принять во внимание комплекс признаков, отражающих общее развитие женского или мужского организма, развитие половых органов, для женщин — менструальную функцию и определяющий ее эндокринный статус, для мужчин — способность к регулярным половым сношениям и оплодотворению без ущерба для здоровья.

В специальной литературе и некоторых справочных материалах для судебно-медицинских экспертов отмечаются антропометрические данные, свидетельствующие о достижении половой зрелости у девушек: напр., рост стоя не менее 150 см, сидя

—80 см, окружность грудной клетки в спокойном состоянии — 78—80 см, при выдохе 73—76 см и т. д. Следует подчеркнуть что приведенные и др. цифровые показатели имеют лишь ориентировочное значение. К тому же, характерная для настоящего времени акселерация вносит существенные коррективы в эти показатели.

Только при всестороннем обследовании, которое рекомендуется проводить с участием врачей-специалистов (гинеколога, эндокринолога, в необходимых случаях — психиатра) могут быть получены данные, достаточные для конкретного заключения. При этом, требуется иметь в виду, что отрицательный вывод хотя бы относительно одного из определяющих критериев половой зрелости является основанием для заключения о том, что свидетельствуемая половой зрелости не достигла. Кстати, целесообразно подчеркнуть, что последнее может быть даже при наступившей беременности и срочных родах, сам факт которых без учета других признаков половой зрелости еще не удостоверяет ее достижения.

Точно также следует учесть, что у юношей способность к половому сношению появляется значительно раньше (иногда в 10—12 лет), чем они могут быть признаны достигшими половой зрелости, и, следовательно, этот признак, будучи взятым изолированно, не может расцениваться, как свидетельствующий о ее наступлении. В жизни мужчины и женщины периоду половозрелости предшествует растягивающийся на несколько лет (3—6, а иногда и больше) период полового созревания, на протяжении которого постепенно формируются признаки, составляющие основу для экспертного заключения по указанному вопросу.

О беремености

Вопрос разрешается при консультации врачей-специалистов (акушеров) по известным признакам беременности—ранним и поздним.

О заражении венерической болезнью

Вопрос разрешается при участии врача—венеролога. Наряду с клиническим обследованием требуется проведение специальных лабораторных анализов.

При изнасилованиях и мужеложстве, а иногда и других половых преступлениях судебно-медицинской экспертизе подвергаются и подозреваемые лица. В зависимости от особенностей конкретного случая относительно их в процессе экспертизы могут разрешаться следующие вопросы:

— о способности к половой жизни вообще;

— о бывшем половом сношении в недавнее время и о возможности полового сношения с конкретной женщиной;

— о повреждениях на теле.

Рассмотрим возможности судебно-медицинской экспертизы при разрешении указанных вопросов.

О способности к половой жизни

Нередко подозреваемый отрицает свою причастность к преступлению, ссылаясь на неспособность к половой жизни вследствие старческого возраста или болезненного состояния. Хотя, начиная с 50—55 лет у мужчин наступает постепенное ослабление потенции, а к 60—70 годам она может полностью угаснуть, однако нередко и в 80 лет мужчина оказывается способным к половому сношению и оплодотворению. Следовательно, строго очерченного физиологического предела потенции не существует, что следует иметь в виду при разрешении вопроса о способности к половому сношению мужчины старческого возраста.

Вместе с тем, известно, что половое бессилие может развиться в любом возрасте вследствие различных заболеваний— соматических, нервных, психических. Диагностика импотенции такого происхождения очень сложна, исследование производится с участием врачей—специалистов соответствующего профиля (невропатологов, психиатров, урологов, венерологов). Принимаются во внимание результаты бывших ранее медицинских обследований (по представляемой документации).

Иногда причиной невозможности совершения полового сношения являются механические препятствия в области наружных половых органов (слоновость мошонки, большие пахово-мошоночные грыжи и др.), врожденные пороки их развития (гипоспадия, эписпадия и др.), а также рубцовые и пр. изменения вследствие перенесенных заболеваний и повреждений. Такого рода состояния устанавливаются при осмотре подозреваемого.

О бывшем половом сношении в недавнее время и о возможности полового сношения с конкретной женщиной

Успешное разрешение этих вопросов во многих случаях стало возможным после специальных исследований, выполненных в этом направлении Н. Г. Шалаевым (1964—1970). Автором установлено, что диагностика естественного и извращенного полового сношения у подозреваемых в половых преступлениях должна основываться на комплексе соответствующих признаков, а именно: на обнаружении вагинального содержимого, крови, кала, слюны, лобковых волос и текстильных волокон на половых органах, под ногтями рук и на одежде.

Отмечено, что вагинальные клетки, попавшие при половом сношении под крайнюю плоть полового члена, подвергаются лизису в течение 2—3 суток, но на теле полового члена они сохраняют свои свойства и, следовательно, могут быть выявлены до 5 дней (если не было надлежащего туалета половых органов). В пятнах на материалах одежды вагинальные клетки, как и другие клетки животного происхождения, могут обнаруживаться спустя длительные сроки после происшествия, исчисляемые многими месяцами, а иногда и годами, если объекты находились в условиях, препятствующих гнилостному разложению клеток. В подногтевом содержимом вагинальные и др. клетки, а также кровь, текстильные волокна также сохраняются довольно длительное время и иногда выявляются даже после неоднократного мытья рук.

При исследовании обнаруженных клеток устанавливается их вагинальное происхождение, групповая принадлежность, а также степень эстрогенной стимуляции и фаза менструального цикла организма женщины, от которой они произошли.

Немаловажное значение имеют и другие перечисленные выше вещественные следы, отмечаемые на половых органах и в подногтевом содержимом подозреваемого.

Так, при исследовании крови может быть установлена ее видовая, групповая и половая принадлежность; при исследовании волос—их видовое и региональное происхождение, групповая принадлежность, цитологический пол (при сохранении корневого конца с влагалищными оболочками), сходство с конкретными образцами; при исследовании текстильных волокон—совпадение по изученным признакам с образцами волокон из материалов одежды потерпевшего лица.

Констатированное при исследовании сходство по морфологическим, цитохимическим и групповоспецифическим свойствам волос, вагинального содержимого, крови и текстильных волокон, обнаруженных на половых органах, под ногтями и на одежде подозреваемого, с соответствующими объектами, изъятыми в качестве образцов от потерпевшей женщины, принимается во внимание при суждении о возможном половом сношении с этой женщиной.

Если изнасилованию подверглась беременная женщина важное значение приобретает диагностика факта полового сношения с женщиной, находящейся в состоянии беременности, т. к. это значительно ограничивает круг лиц, с которыми подозреваемый мог иметь половую связь. С этой целью П. Е. Шиков и Н. Г. Шалаев (1975) предлагают производить исследование по выявлению специфического гормона беременности— хорионгонадотропина (ХГ) в вагинальном содержимом, на половых органах мужчины и в пятнах на его одежде.

По наблюдениям авторов в высохших пятнах на марле хо-

рионгонадотропин может обнаруживаться на протяжении 1—3 месяцев.

С целью доказательства извращенных форм полового сношения и мужеложства на половых органах подозреваемого важно найти элементы кала, яйца глист, клетки слизистой прямой кишки, кишечную флору (при половом сношении через задний проход) или элементы слюны, микрофлору ротовой полости (при половом сношении через рот).

Подчеркивая доказательственную ценность вещественных следов, выявляемых у подозреваемых в половых преступлениях, необходимо вместе с тем отметить, что необнаружение их не исключает естественное или извращенное половое сношение, следы которого могут быть удалены или исчезли со временем (при позднем проведении экспертизы).

О повреждениях на теле

У лиц, совершивших изнасилование, механические повреждения на теле как знаки борьбы и самообороны женщины, обнаруживаются довольно часто (по данным Н. Г. Шалаева, примерно в 40% случаев, при покушениях на изнасилование — в 65%). В основном, это — ссадины, причиняемые ногтями рук и следы укусов зубами. Они могут располагаться на различных частях тела, чаще — на руках и лице, иногда на губах и языке (укусы). Могут быть также укусы половых органов.

Относительно каждого выявленного повреждения должны быть разрешены те же вопросы, что и у потерпевших, т. е. об орудии (средстве), которым нанесено повреждение, степени тяжести и давности (применительно к конкретному событию).

Из всего изложенного видно, что при расследовании половых преступлений возможности судебно-медицинской экспертизы весьма значительны, причем чем раньше проводится экспертиза, тем больше ценной в доказательственном отношении информации может быть получено. В связи с этим во многих случаях половых преступлений, особенно при изнасиловании и мужеложстве, необходимые исследования выполняются в экстренном порядке.

Наряду с отмеченными экспертными действиями по освидетельствованию потерпевших и подозреваемых, наряду с лабораторными исследованиями многочисленных объектов, изъятых в процессе этих освидетельствований и дополнительно доставленных следователем, при половых преступлениях, прежде всего при изнасилованиях, бывает целесообразным выезд врача, как специалиста, на место события.

В процессе осмотра врач может помочь следователю выя-

вить и изъять различные вещественные доказательства.

На месте происшествия обаруживаются пятна крови, спермы, влагалищного отделяемого, волосы, кусочки поврежденных в процессе борьбы тканей тела и одежды насильника, окурки папирос, носовые платки, расчески и другие случайные предметы, которые могут иметь значение при опознании преступника и раскрытии преступления.

Яркий случай идентификации преступника по кровяным пятнам на лоскуте ткани, обнаруженном на месте происшествия, приводит И. Ф. Крылов (1961). При попытке изнасилования потерпевшая оцарапала лицо преступника. Задушив жертву, он удалил кровь со своего лица, прикладывая лоскут ткани к глубоким царапинам, и оставил этот лоскут на месте события. Следы крови на нем имели вид отпечатков, по форме, размерам и взаиморасположению отображающим повреждения на лице.

Несколько интересных наблюдений описывается в докторской диссертации Н. Г. Шалаева (1966). В одном из них в процессе борьбы потерпевшая откусила насильнику кусочек нижней губы, который был обнаружен на месте события. При освидетельствовании подозреваемого через сутки после происшествия эксперт отметил у него свежий дефект ткани нижней губы размерами 1$\times$0,5 см. Откушенный кусочек имел те же размеры. При исследовании в нем был выявлен группоспецифический антиген 0, соответстующий таковому в крови подозреваемого (группа крови его $0_{\alpha\beta}$).

Н. Г. Шалаев приводит также случаи, в первом из которых на месте происшествия была обнаружена рукавица, потерянная преступником, а во втором — расческа, на которой была выгравирована фамилия насильника.

Мы рассмотрели принципиальные положения судебно-медицинской экспертизы при половых преступлениях и из-за ограниченного объема лекции не могли остановиться на методической стороне исследований. В значительной степени она освещена в инструктивных материалах для судебно-медицинских экспертов—«Правилах судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы» (М., 1966) и «Правилах судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин» (М., 1968).

Учитывая, что те и другие «Правила» изданы довольно давно и в настоящее время текстом их располагают далеко не все судебно-медицинские эксперты, не говоря уже о врачах других специальностей, которым также нередко приходится выполнять соответствующие экспертизы, мы сочли целесообразным приобщить эти «Правила» к настоящей лекции.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА
(кроме учебников и руководств по судебной медицине)

1. Авдеев М. И. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц, М., 1968.

2. Громов А. П. Курс лекций по судебной медицине, М., 1970.

3. Сердюков М. Г. Судебная гинекология и судебное акушерство, М., 1964.

4. Туманов А. К. Основы судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств, М., 1975.

5. Шалаев Н. Г. Судебно-медицинская экспертиза подозреваемых в половых преступлениях, докт. дисс., Горький, 1966.

6. Яковлев Я. М. Половые преступления, Душанбе, 1969.

Приложение 1

СОГЛАСОВАНО:
с Верховным Судом СССР
2 декабря 1965 г.
с Прокуратурой СССР
13 октября 1965 г.

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра
здравоохранения СССР
Б. Данилов
7 января 1966г.

ПРАВИЛА

судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы

I. Общая часть

1. Судебномедицинская акушерско-гинекологическая экспертиза производится только на основании постановления следователя, прокурора, лица, производящего дознание, или определения суда.

2. Эффективность результатов этой экспертизы тем больше, чем ранее после происшествия она производится. Поэтому в особых случаях, требующих спешного исследования, если в силу сложившихся обстоятельств (отдаленность района происшествия от органов дознания, следственных или судебных учреждений и т. д.) своевременное получение постановления о производстве экспертизы невозможно, судебномедицинское акушерско-гинекологическое освидетельствование потерпевших может, в порядке исключения, производиться по заявлению самих потерпевших, а также родителей, законных представителей несовершеннолетних и других надлежащих должностных лиц.

О производстве такого освидетельствования судебномедицинский эксперт должен немедленно поставить в известность органы следствия (дознания).

В этих случаях составляется не заключение эксперта (акт судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы), а акт судебномедицинского освидетельствования (см. п.п. 11, 12).

3. Судебномедицинская акушерско-гинекологическая экспертиза в случаях установления нарушения девственности, признаков, характеризующих совершение насильственного полового акта или совершение развратных действий производится судебномедицинским экспертом, прошедшим повышение квалификации по судебной медицине, в частности, по акушерско-гинекологической экспертизе. Экспертизы в остальных случаях производятся либо самим экспертом, если он имеет специальную подготовку в области судебной гинекологии и судебного акушерства, либо комиссионно—совместно с акуше-

ром-гинекологом. Если при экспертизе по поводу половых состояний требуются иные специальные медицинские познания, то приглашаются соответствующие специалисты, и экспертиза также производится комиссионно.

При проведении экспертизы одним судебномедицинским экспертом она осуществляется в присутствии работающего с экспертом фельдшера или медицинской сестры.

4. Экспертиза должна производиться в светлом, теплом помещении и, как правило, при естественном дневном освещении. В отдельных экстренных случаях допускается проведение экспертизы при достаточном искусственном освещении.

Исследование наружных и внутренних половых органов свидетельствуемой должно производиться на гинекологическом кресле.

5. При проведении экспертизы используются: ростомер, медицинские весы, мягкая измерительная лента, тазомер, зеркала Куско, циркулеобразный гименометр, акушерский стетоскоп, хирургические пинцеты, платиновая петля, пуговчатый зонд, стеклянные палочки, стерильные предметные и покровные стекла, закупоренные пробирки со стерильными марлевыми тампонами, укрепленными на деревянных стержнях, стерильные марлевые салфетки, микроскоп.

6. Изъятие и направление материалов для лабораторного исследования (содержимое наружного зева шейки матки, влагалища, отделяемое молочных желез и др.) в процессе проведения экспертизы осуществляется судебномедицинским экспертом. Изъятые материалы направляются в судебномедицинскую лабораторию бюро судебномедицинской экспертизы с сопроводительным документом судебномедицинского эксперта, упакованные соответствующим образом и в опечатанном виде (см. п. п. 11, 15, 16, 26, 35, 36, 37, 39, 45, 62, 73, 74).

Данные лабораторных анализов вносятся в заключение эксперта (акт судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы) и используются экспертом при составлении заключительной части документа.

7. Для исключения возможного заражения венерическими болезнями или трихомониазом судебномедицинский эксперт направляет свидетельствуемую на обследование в кожно-венерологический диспансер. Результаты обследования должны быть сообщены в письменной форме судебномедицинскому эксперту, по направлению которого производилось исследование.

При составлении заключения эксперт использует полученные данные.

8. Перед производством экспертизы судебномедицинский эксперт обязан установить личность свидетельствуемой путем

проверки паспорта или иного, заменяющего его, документа с фотоснимком.

При отсутствии надлежащего документа с фотоснимком, личность свидетельствуемой удостоверяется представителем органов следствия (дознания), доставившим ее на экспертизу, о чем делается соответствующая отметка в заключении эксперта (акте судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы).

Во всех остальных случаях свидетельствуемая должна быть сфотографирована; фотоснимки наклеиваются на заключение эксперта (акт судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы) и его дубликат.

Освидетельствование лиц, не достигших 16 лет, производится при предъявлении свидетельства о рождении, в присутствии родителей, заменяющих их взрослых или педагога.

9. Для выяснения обстоятельств происшествия надлежит вначале выслушать рассказ свидетельствуемой, а затем уточнить детали путем расспроса.

К рассказу детей необходимо подходить осторожно, записывая его по возможности дословно; оценивать сведения, полученные от детей, следует критически.

10. Предметы одежды, находившиеся на потерпевшей в момент происшествия, на которых могут находиться следы спермы, крови, подлежат обязательному исследованию в судебномедицинской лаборатории бюро судебномедицинской экспертизы. Направление одежды на исследование осуществляется представителями органов следствия (дознания), по постановлению которых производится экспертиза.

В тех случаях, когда одежда не была предварительно изъята, а экспертиза производится в отсутствии представителя указанных органов, судебномедицинский эксперт обязан немедленно поставить его в известность о необходимости изъятия одежды и направления ее на исследование. Свидетельствуемую в этих случаях предупреждают, чтобы она не стирала одежду.

11. На каждый случай производства судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы составляется заключение эксперта (акт судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы),* которое состоит из 3-х частей: вводной части, описательной части и заключительной части.

---

*Этот документ именуется «Заключение эксперта» либо «Акт судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы», в зависимости от названия, предусмотренного уголовно-процессуальным кодексом той союзной республики, на территории которой производится экспертиза.

В исключительных случаях, когда отсутствует постановление о производстве экспертизы, документ именуется «Акт судебномедицинского освидетельствования».

1. В вводной части заключения эксперта (акта судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы) указываются:

1) порядковый номер, час, число, месяц и год производства эспертизы;

2) основания, по которым производится экспертиза;

3) место призводства и условия проведения экспертизы (в частности, освещение—естественное, искусственное, достаточное, недостаточное);

4) дожность, специальность, ученая степень, ученое звание, фамилия и инициалы эксперта (ов), производящего (их) экспертизу;

5) должности, фамилии, инициалы лиц, присутствующих при проведении экспертизы;

6) фамилия, имя, отчество свидетельствуемой, дата рождения, семейное положение, образование, профессия, место работы и местожительство, когда и кем выдан документ, удостоверяющий личность, его номер;

7) цель экспертизы и вопросы, поставленные на ее разрешение;

8) обстоятельства дела с изложением:

А) кратких сведений, относящихся к происшествию, как со слов свидетельствуемой, так и на основании данных постановления о проведении экспертизы и других материалов предварительного следствия. Если к моменту проведения освидетельствования необходимые следственные материалы не представлены, то судебномедицинский эксперт имеет право затребовать их от соответствующих органов; при этом освидетельствование производится сразу, а заключение эксперта (акт судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы) представляется судебно-следственным органам по получении требовавшихся материалов;

Б) данных медицинских документов, с указанием их даты и номеров в случае, если свидетельствуемая до настоящей экспертизы обращалась в лечебные учреждения или к отдельным специалистам;

В) жалоб свидетельствуемой;

Г) специального анамнеза, в котором отражаются: а) время наступления, характер и длительность менструаций, продолжительность менструального цикла, дата первого дня последней менструации; б) половая жизнь, в том числе время последнего полового сношения; в) беременности: количество, течение; аборты; роды: количество, течение; послеродовые заболевания; выделения; г) перенесенные операции; болезни (в том числе менингит, энцефалит, сифилис, туберкулез и др.).

Примечание: При выяснении этих сведений, так же как и в последующем при составлении описательной части заключения эксперта (акта судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы), эксперт руководствуется возрастом свидетельствуемой, характером экспертизы и вносит в документ только соответствующие данные.

После составления вводной части, содержание «Обстоятельств дела» зачитывается свидетельствуемой и подписывается ею, а при экспертизе детей дошкольного и младшего школьного возраста подписывается сопровождающим лицом.

II. В описательной части заключения эксперта (акта судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы) отражаются данные объективного исследования, полученные экспертом при освидетельствовании:

1) общее развитие свидетельствуемой: телосложение, питание, рост, пороки общего развития, размеры таза и т. д.;

Примечание: В случае возникновения сомнений в психической полноценности свидетельствуемой, эксперт должен поставить перед органами следствия (дознания) вопрос о назначении психиатрической экспертизы.

2) вторичные половые признаки: степень развития молочных желез — размеры, форма, упругость, состояние околососковых кружков и сосков, их окраска, отсутствие или наличие отделяемого из молочных желез; характер и степень оволосения в подмышечных впадинах, на лобке и больших половых губах;

3) состояние наружных половых органов: правильность их сформирования (уродства); особенности формы и величины половых губ и клитора; состояние и цвет слизистых оболочек; состояние наружного отверстия мочеиспускательного канала; выделения и их характер;

4) состояние девственной плевы: форма (кольцевидная, полулунная и т. д.), высота (ширина), толщина, консистенция (мясистая, плотная); характер свободного края (тонкий, толстый, зубчатый, гладкий, лоскутный и т. д.); размер (диаметр) и форма отверстия (круглое, овальное, щелевидное); растяжимость плевы; при нескольких отверстиях—их количество и характер перегородок; естественные выемки плевы—характер, цвет и плотность их краев, глубина, место расположения, симметричность расположения и их отношение к столбам складок влагалища; наличие, характер и расположение повреждений; наличие кольца сокращения при введении кончика пальца; состояние внутренних половых органов (см. п. 22);

Примечание: При судебномедицинском исследовании девственной плевы пользуются следующим приемом: указательными и большими пальцами обеих рук захватывают у основания больших губ кожу с подкожной клетчаткой и натягивает ее кпереди, в стороны и книзу. При этом ясно видна вся девственная плева в растянутом состоянии и ее свободный край.

5) повреждения на теле: особое внимание обращается на наличие, локализацию, размеры, форму, цвет и характер повреждений (например, ссадин полулунной формы от действия ногтей, кровоподтеков от давления пальцами и пр.) в области лица,шеи, молочнах желез, наружных половых органов, внутренних поверхностей бедер и голеней;

6) в случае изъятия каких-либо материалов для лабораторного исследования (мазков из наружного зева шейки матки и влагалища, выделений т. п.), это обстоятельство отмечается в заключении эксперта (акте судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы) с указанием, что именно и откуда изъято, куда и с какой целью направлено (см. п. 6).

III. Заключительная часть составляется с учетом в каждом отдельном случае вопросов, поставленных на разрешение экспертизы, на основе объективных данных, полученных при производстве экспертизы, и результатов лабораторных исследований.

Если при производстве экспертизы экспертом (экспертами) установлены обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых ему (им) не были поставлены вопросы, он (они) вправе указать на них в заключении.

IV. Заключение эксперта (акт судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы) должно быть, при необходимости, иллюстрировано фотоснимками, фиксирующими повреждения на теле и т. п.

Примечание: Фотографирование может производиться только с согласия потерпевшей, лицом, имеющим медицинское образование.

12. Заключение эксперта (акт судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы) либо выдается представителям органов следствия (дознания) или суда, по постановлению которых производилась экспертиза, либо пересылается по почте.

Выдача заключения эксперта (акта судбномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы) или справок о произведенном освидетельствовании на руки свидетельствуемой или иным лицам, кроме представителей указанных органов, запрещается.

13. В случае полового преступления (изнасилование, развратные действия) имеет значение судебномедицинское освидетельствование подозреваемого, поэтому, если эта экспертиза не была назначена, судебномедицинский эксперт обязан поставить в известность органы следствия (дознания) о необходимости срочного производства ее.

14. Освидетельствование подозреваемого должен производить по возможности тот же эксперт, который освидетельствовал потерпевшую.

При освидетельствовании следует выяснить обстоятельства дела, установить физическое развитие подозреваемого (в частности, состояние наружных половых органов), произвести тщательный осмотр одежды и тела подозреваемого с целью возможного выявления повреждений, загрязнений и других признаков, характеризующих насильственное совершение полового акта или попытку к нему.

15. Предметы одежды, находившиеся в момент происшествия на подозреваемом, на которых могут быть следы крови, кала, выделений из влагалища, волосы и пр., подлежат обязательному исследованию в судебномедицинской лаборатории.

Исследование загрязнений другого характера (почвой, травой и пр.) производят в соответствующих лабораториях.

Направление одежды на исследование осуществляется представителями органов следствия (дознания), по постановлению которых производится экспертиза. Если одежда подозреваемого не была предварительно изъята, эксперт обязан немедленно поставить в известность работников следственных органов о необходимости изъятия ее и направления на исследование.

16. Следует иметь в виду, что на теле подозреваемого, особенно в области половых органов, могут быть обнаружены волосы потерпевшей, следы крови и пр., которые должны быть изъяты экспертом и направлены представителем органов следствия (дознания) для исследования в судебномедицинскую лабораторию. Поскольку под ногтями подозреваемого может находиться кровь, содержимое из-под ногтей направляют в лабораторию в таком же порядке.

Примечание: В случае обнаружения волос, направлению в лабораторию надлежат и образцы соответствующих волос (с половых органов или с головы) потерпевшей и обвиняемого.

17. При составлении заключения в случае производства экспертизы подозреваемого, судебномедицинский эксперт должен определить характер, давность и механизм возникновения обнаруженных телесных повреждений; указать, не могли ли повреждения возникнуть в результате борьбы при совершении насильственного полового акта или попытки к нему; отметить особенности физического развития и состояние наружных половых органов подозреваемого. Кроме этого, в заключении должны быть отражены результаты произведенных лабораторных исследований.

II. Специальная часть

18. Судебномедицинская акушерско-гинекологическая экспертиза производится для установления:

1) половой зрелости;

2) нарушения девственности;

3) признаков, характеризующих совершение насильственного полового акта;

4) признаков, характеризующих совершение развратных действий;

5) способности к совокуплению и к зачатию;

6) беременности и бывших родов;

7) связи прерывания беременности с травмой;

8) искусственного прерывания беременности;

9) пола;

10) состояния половых органов в случаях определения степени стойкой утраты трудоспособности или пригодности к физическому труду.

Установление половой зрелости

19. Судебномедицинская экспертиза определения половой зрелости производится в отношении лиц, не достигших брачного возраста, при раннем начале половой жизни, а также при освидетельствовании их по поводу установления признаков, характеризующих насильственный половой акт.

Примечания:

1) Надобность в производстве экспертизы по определению половой зрелости возникает только в тех союзных республиках, где уголовным законодательством предусмотрена ответственность за половые сношения с лицом, не достигшим половой зрелости (РСФСР, УССР, БССР, Армянская ССР, Литовская ССР, Узбекская ССР), так как в уголовных кодексах остальных союзных республик непосредственно указывается, что наказуемым является половое сношение с лицом, не достигшим 16 лет или не достигшим брачного возраста.

2) В тех республиках, в которых брачный возраст установлен в 18 лет, половая зрелость определяется в пределах 14—18 лет; в республиках, где брачный возраст равен 16 годам, половую зрелость устанавливают в пределах 14—16 лет.

20. Под состоянием половой зрелости следует понимать окончательное сформирование женского организма, когда половая жизнь, зачатие, беременность, роды и вскармливание ребенка являются нормальной функцией, не расстраивающей здоровья, и свидетельствуемая способна к выполнению материнских обязанностей.

При судебномедицинской экспертизе по определению половой зрелости необходимо учитывать совокупность следующих признаков развития организма свидетельствуемой и готовности ее к функции материнства:

а) общее развитие организма;

б) развитие половых органов и способность к совокуплению;

в) способность к зачатию;

г) способность к вынашиванию плода;

д) способность к родоразрешению;

е) способность к вскармливанию.

Каждый из этих признаков в отдельности не является решающим, только совокупность их дает возможность судебномедицинскому эксперту правильно ответить на вопрос о половой зрелости.

В случае раннего полового созревания свидетельствуемой для решения вопроса, не связано ли оно с заболеванием желез внутренней секреции, экспертиза проводится комиссионно, с участием врача-эндокринолога.

21. При судебномедицинской экспертизе по определению половой зрелости производят антропометрические измерения (вес; рост стоя и сидя; окружность грудной клетки при вдохе и выдохе; окружность правых плеча и голени на уровне средней трети; ширина плеч; размеры таза), указывают количество зубов и наличие зубов мудрости; отмечают начало менструаций, характер менструального цикла; выраженность вторичных половых признаков, развитие молочных желез; состояние наружных и внутренних половых органов.

Примечание: О достижении половой зрелости у девушек свидетельствуют следующие антропометрические данные: рост стоя не менее 150 см, сидя—80 см; длина туловища от VII шейного позвонка до копчика—56—58 см; окружность грудной клетки: в спокойном состоянии 78—80 см, при выдохе 73—76 см; окружность плеча в средней трети 30—31 см, окружность голени в средней трети 40—41 см; минимальные размеры таза; расстояние между вертелами—29 см, между остями—23 см, между гребешками— 26 см; наружная конъюгата—18 см.

22. Исследование внутренних половых органов производится при помощи зеркала Куско и двуручного гинекологического исследования. В тех случаях, когда девственная плева у свидетельствуемой не нарушена, производится только двуручное исследование внутренних половых органов через прямую кишку.

23. При исследовании необходимо учитывать форму шейки матки и соотношение ее длины с телом матки. В норме тело матки составляет 2/3 ее общей длины, а шейка — 1/3, причем форма шейки цилиндрическая. Если шейка имеет коническую форму, а длина ее составляет более 1/3 длины матки, это указывает на недоразвитость (инфантильность) матки.

Установление нарушения девственности

24. При решении вопроса о половой неприкосновенности свидетельствуемой, ранее не жившей половой жизнью, эксперт устанавливает факт целости девственной плевы, а при ее нарушении, если это возможно, и давность последнего.

Примечание: Срок заживления девственной плевы зависит от ее свойств: для низкой, тонкой плевы он равен 6—9 дням, для высокой, мясистой —10—14 дням; в случае повторной травматизации плевы, инфекции и

т. п. заживление может затягиваться до 18—20 дней. В более поздние сроки определить давность нарушения девственной плевы, как правило, не представляется возможным, о чем и указывается в заключении.

25. В отношении девственной плевы необходимо описать: ее расположение, форму, высоту (ширину), толщину, консистенцию, характер свободного края, размер (диаметр) и форму отверстия, растяжимость, количество отверстий, наличие перегородок, наличие естественных выемок, наличие кольца сокращения (см. п. 11, II, 4/).

В случае обнаружения повреждений девственной плевы, описывают их количество, локализацию, форму и характер краев разрывов (кровоточащие, гранулирующие, рубцующиеся, зарубцевавшиеся), глубину разрывов (доходит до половины высоты (ширины) плевы, до ее основания и т. д.), цвет их поверхности, плотность краев разрывов, наличие кровоизлияния в толщу плевы.

Для точного обозначения места разрывов и других повреждений, а также естественных выемок, принято условно отмечать их расположение, применительно к окружности, разделенной на 12 равных частей (по аналогии с циферблатом часов).

При целости девственной плевы отмечается, не имеет ли она строения, допускающего совершение полового акта без ее нарушения (растяжимая, низкая — в виде каемки или валика и т. д.), устанавливается размер (диаметр) отверстия и характер краев, а также указывается наличие или отсутствие кольца сокращения.

26. Помимо исследования девственной плевы, следует обращать внимание на состояние больших и малых половых губ, клитора, наружного отверстия мочеиспускательного канала, состояние уздечки и ладьевидной ямки, глубину и ширину входа во влагалище, характер слизистой оболочки влагалища, наличие или отсутствие воспалительного процесса и других болезненных состояний, характер выделений из половых органов.

При необходимости установления возможного наличия сперматозоидов производится микроскопическое исследование содержимого влагалища и наружного зева шейки матки, взятого с соблюдением мер предосторожности во избежание нарушения целости неповрежденной девственной плевы (см. пп. 6, 35, 36, 37, 41)

27. Подробно описываются также имеющиеся телесные повреждения (см. п. 11, II, 5/). В заключении указывают давность нанесения повреждений, механизм возникновения, квалификацию их тяжести.

Установление признаков, характеризующих совершение насильственного полового акта (экспертиза по поводу изнасилования)

28. В обязанности судебномедицинского эксперта при проведении этой экспертизы входит выявление объективных данных, свидетельствующих о бывшем половом сношении, а также установление повреждений на теле (в частности, на половых органах, на бедрах и т. д.), характеризующих насильственное совершение полового акта или попытку к нему.

29. При экспертизе по поводу насильственного полового акта или попытки к нему устанавливаются: целость или нарушение девственной плевы и давность нарушения (если это возможно), расположение разрывов, их количество и характер, состояние краев разрывов и цвет их поверхности, плотность краев (см. п. п. 11, II, 4/, 25).

30. При установлении нарушения целости девственной плевы и его давности определяется также возможный механизм образования обнаруженных повреждений, например, причинение их напряженным половым членом, пальцем или каким-либо другим твердым тупым предметом; колюще-режущим предметом и т. п.

31. При свежих повреждениях девственной плевы исследование матки и придатков через влагалище не допускается; оно может быть произведено лишь после заживления плевы, не ранее чем через 10—12 дней после совершения полового акта, причем, во избежание нанесения дополнительных повреждений девственной плевы, осмотр надлежит производить при помощи маленького зеркала Куско и осторожного двуручного исследования.

32. Когда у свидетельствуемой целость девственной плевы не нарушена, выясняют возможность совершения полового акта без ее повреждений (особенности строения девственной плевы и ее растяжимость), отмечают размеры (диаметр) отверстий, характер края, наличие или отсутствие кольца сокращения. В заключении в этих случаях указывают, что строение девственной плевы допускает совершение полового акта без нарушения ее целости (см. п. 25).

33. В тех случаях, когда половое сношение не сопровождалось нарушением целости девственной плевы, исследование внутренних половых органов для установления состояния матки и придатков, наличия беременности и т. п. производится не через влагалище, а через прямую кишку (см. п. 22).

34. У женщин, живущих половой жизнью, устанавливают наличие повреждений половых органов и других телесных повреждений, характеризующих насильственное совершение по-

лового акта, а также определяют общее состояние половых органов (см. п. 26).

Осмотр производится при помощи зеркала Куско и двуручного исследования внутренних половых органов.

35. Содержимое влагалища и наружного зева шейки матки направляют в судебномедицинскую лабораторию для определения наличия сперматозоидов и групповой принадлежности спермы; если со времени совершения полового акта прошло более 5 суток, производить это лабораторное исследование нецелесообразно (см. п. 6).

36. Для определения наличия сперматозоидов содержимое влагалища (преимущественно, из области заднего и боковых сводов) и наружного зева шейки матки берут платиновой петлей и делают мазки на стерильных предметных стеклах. После высушивания мазков при комнатной температуре стекла обертывают чистой бумагой и надписывают.

При отсутствии платиновой петли используют тонкий зонд (например, пуговчатый), на конце которого укрепляют небольшое количество стерильной ваты. Таким тампоном производят в области наружного зева шейки матки несколько вращательных движений (не форсируя, чтобы не повредить стенки шеечного канала), затем делают мазки.

37. Если требуется определить не только наличие сперматозоидов, но и групповую принадлежность спермы, содержимое влагалища берут на стерильный марлевый тампон, укрепленный на деревянном стержне или на пинцете, обтирая им стенки влагалища, особенно тщательно — задний и боковые своды.

Если тампон немедленно передается для исследования в судебномедицинскую лабораторию, его помещают в пробирку, отверстие ее закупоривают пробкой и делают соответствующую надпись.

В случае, если тампон будет исследован лишь через некоторый срок, марлю снимают со стержня и высушивают при комнатной температуре, без доступа прямых солнечных лучей, а затем упаковывают, надписывают, и направляют в лабораторию. В обоих случаях прилагают образец чистой марли (от того же куска, из которого был сделан тампон) для контрольных опытов.

38. При проведении эксперитзы по поводу изнасилования, в тех случаях, когда в этом возникает необходимость, надлежит также исследовать задний проход свидетельствуемой.

Осмотр производят на жесткой кушетке при коленно-локтевом положении свидетельствуемой. Ягодицы разводят руками так, чтобы была видна слизистая оболочка прямой кишки.

Обращают внимание на свежие повреждения в области

заднепроходного отверстия и на слизистой прямой кишки в виде кровоподтеков, ссадин, трещин или ран. Обнаружив такие повреждения, их описывают с указанием характера, формы и локализации.

Примечание: Если нужно произвести исследование при помощи ректоскопа, свидетельствуемую направляют в учреждение, где имеется специалист, владеющий этим методом исследования.

39. В свежих случаях, когда потерпевшая после сношения через задний проход не имела акта дефекации, необходимо взять мазки из прямой кишки для выявления сперматозоидов.

Между браншами хирургического пинцета зажимают край кусочка ваты, оставшуюся часть ваты несколько раз заворачивают вокруг конца пинцета. Тампон вводят в прямую кишку на глубину 3—5 см и циркулярным движением обтирают слизистую прямой кишки.

Извлеченным тампоном делают мазки на предметных стеклах, высушивают их и направляют в судебномедицинскую лабораторию (см. п. 6.).

40. Если в процессе экспертизы обнаруживаются какие-либо телесные повреждения, то при составлении заключения эксперта (акта судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы) они подробно описываются (см п. 11 II, 5/). В заключении указывается давность нанесения повреждений, механизм возникновения, квалификация их тяжести.

При составлении заключения указывается, если это возможно, характеризуют ли обнаруженные телесные повреждения насильственное совершение полового акта или попытку к нему.

41. В заключении эксперта (акте судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы) должно быть указано, были ли изъяты для исследования мазки или другие объекты и куда направлены.

Результаты лабораторных исследований должны учитываться при составлении заключения эксперта.

Установление признаков, характеризующих совершение развратных действий

42. В задачу судебномедицинского эксперта при освидетельствовании несовершеннолетних (лиц, не достигших 16 лет) в этих случаях входит установление наличия или отсутствия повреждений или других характерных признаков.

43. Проявление развратных действий носит разнообразный характер. Признаками развратных действий является: покраснение слизистой оболочки, надрывы и разрывы девственной плевы; кровоизлияния в толщу, по краю или у основания ее; трещины, надрывы, царапины и кровоизлияния на слизистой

оболочке наружных половых органов, в частности в области малых половых губ, клитора, наружного отверстия мочеиспускательного канала; различные повреждения в области лобка, промежности, заднего прохода и т. д.

Примечание: Если при освидетельствовании обнаружено только покраснение слизистой оболочки наружных половых органов, то необходимо осмотреть свидетельствуемую вторично через 3—5 дней. Покраснение, возникшее в результате однократного совершения развратных действий, а не от неопрятного содержания, глистной инвазии и т. д. должно за этот срок исчезнуть.

44. Необходимо обращать особое внимание на состояние ладьевидной ямки и задней спайки, так как при систематически совершаемых развратных действиях эти области подвергаются механическому воздействию (давлению), в результате чего могут образоваться: зияние половой щели, воронкообразное углубление в области промежности, атрофия кожи в области промежности, задней спайки и ладьевидной ямки. Все эти признаки надо учитывать в совокупности, так как некоторые из них могут наблюдаться вне связи с развратными действиями.

45. Большое доказательное значение при этой экспертизе имеет обнаружение спермы в половых органах, в окружности их, а также на теле свидетельствуемой или ее одежде.

В этих случаях следует направлять в судебномедицинскую лабораторию не только содержимое влагалища (или преддверия влагалища), но и следы засохшей жидкости, подозрительной на сперму, с других участков тела свидетельствуемой (см. пп. 6, 36, 37).

46. При подозрении на венерические заболевания или трихомониаз свидетельствуемую направляют в кожно-венерологический диспансер (см. п. 7). Обнаружение этих заболеваний при экпертизе по поводу развратных действий может иметь известное значение, хотя не следует упускать из виду возможности внеполового заражения.

47. При обследовании по поводу развратных действий надлежит исследовать и заднепроходное отверстие.

Осмотр заднего прохода производят на жесткой кушетке, в коленно-локтевом положении свидетельствуемой. Слегка разводя ягодицы руками, обращают внимание на возможное наличие рубцов, форму заднего прохода (в виде небольшого углубления, широкой или втянутой воронки и пр.), выраженность лучистых складок кожи вокруг заднепроходного отверстия, наличие зияния.

Затем раздвигают ягодицы шире и растягивают анальное отверстие, отмечая цвет слизистой прямой кишки, наличие трещин, ссадин и ран (см. пп. 38, 39); определяют тонус сфинктеров (путем введения в прямую кишку пальца, смазанного вазелином).

Особое внимание уделяют наличию ректальной гонореи (п. 7).

48. При систематических сношениях через задний проход возникают следующие характерные изменения в области заднего прохода и прямой кишки: воронкообразная втянутость, зияние заднепроходного отверстия, сглаженность складок в области заднепроходного отверстия и слизистой прямой кишки, багрово-красный цвет слизистой с синюшным оттенком, расслабление сфинктеров, дряблость и вялость слизистой прямой кишки, расширение ампуллярной части прямой кишки, выпадение слоев слизистой прямой кишки и т. п.

49. Следует иметь в виду, что область заднего прохода может и в норме иметь вид узкой или широкой воронки, которая в таких случаях образуется за счет слизистой оболочки. Если воронкообразная втянутость произошла вследствие систематических сношений через задний проход, то стенка воронки состоит из кожи и слизистой заднепроходного отверстия. Нужно помнить также, что многие из перечисленных признаков могут появиться в результате расстройств деятельности кишечника, в том числе запоров, поносов.

Установление способности к совокуплению и к зачатию

50. Эта экспертиза производится в делах о расторжении брака, в случаях, когда женщина, неспособная к зачатию, выдает себя за мать чужого ребенка, а также при определении степени тяжести телесных повреждений, когда возникает вопрос о потере производительной способности.

51. При решении вопроса о способности к совокуплению, эксперт должен выяснить, нет ли дефектов развития половых органов (короткое влагалище, его аплазия или атрезия, врожденные или приобретенные сужения, опухоли и пр.) или вагинизма.

52. При установлении способности к зачатию следует учитывать возраст свидетельствуемой, анатомо-физиологические особенности; наличие гинекологических заболеваний (эндометрит, опухоли, неправильное положение матки и т. д.), гормональных нарушений, хронических инфекций и интоксикаций, лучевых воздействий и т. д.

В затруднительных случаях направляют свидетельствуемую на стационарное обследование.

Если экспертиза производится по бракоразводному делу, необходимо освидетельствовать и мужа обследуемой женщины с целью установления его половой способности.

Установление беременности и бывших родов

53. При судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизе по поводу наличия беременности и ее срока, опре-

деления бывших родов или послеродового периода, устанавливают:

а) наличие беременности и ее срок;

б) давность бывших родов или выкидыша;

в) правильность или неправильность течения беременности, послеродового периода;

г) наличие заболеваний (в том числе заболеваний половых органов), способных вызвать прерывание беременности.

54. При опросе свидетельствуемой выясняют и фиксируют в заключении эксперта (акте судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы) дату первого дня последней бывшей и первой ожидавшейся, но не наступившей менструации; при недавнем начале половой жизни—дату первого полового сношения.

55. При решении вопроса об имеющейся в настоящее время и бывших в прошлом беременностях, производится осмотр и описание молочных желез, живота и его покров, наружных и внутренних половых органов, промежности.

56. При осмотре наружных половых органов устанавливается состояние половой щели (закрыта, зияет), промежности (наличие или отсутствие разрывов, их давность, степень и т. д.), наличие или отсутствие «ямки материнства» (признак Снегирева-Губарева), состояние слизистой наружных половых частей (цвет, набухание, повреждения), уздечки губ, задней спайки губ, девственной плевы (сохранена ли ее непрерывность у основания или она имеет вид бородавчатых мясистых возвышений—«миртовидных сосочков»); состояние входа во влагалище (узкий, способный к сокращению, широкий, зияющий); отсутствие или наличие выделений (характер, количество).

57. При внутреннем (влагалищном) исследовании устанавливается:

а) состояние влагалища и его стенок (узкое с выраженными складками, широкое с гладкими стенками и т. п.);

б) состояние шейки матки—форма, величина, плотность, наличие или отсутствие эрозий, форма и состояние наружного зева (круглый, щелевидный, закрыт, зияет);

в) состояние тела матки: положение (антефлексио-версио, антефлексио или гиперантефлексио, ретро-версиофлексио); поверхность (гладкая, бугристая); величина; консистенция (плотная, тестоватая, мягкая); подвижность, чувствительность;

г) состояние придатков;

д) наличие и характер выделений.

58. При наличии беременности определяется срок ее, а также устанавливается, является ли она первичной или повторной.

В сомнительных случаях или при раннем сроке беременности, судебномедицинский эксперт может воспользоваться биологическими реакциями (Ашгейм-Цондека, Галли-Майнини и др.), направляя для этой цели свидетельствуемую в акушерско-гинекологические лечебные учреждения. При невозможности производства этих реакций необходимо провести повторное освидетельствование через 2—3 недели.

59. В более поздние сроки беременности (вторая половина) необходимо:

а) измерить размеры таза (тазомером) и расстояния от лобка до пупка, от лобка до дна матки, от лобка до мечевидного отростка, а также—окружность живота на уровне пупка (измерительной лентой);

б) установить следующие данные о плоде: положение (продольное, поперечное, косое); предлежащую часть (головка, ягодицы); высоту стояния предлежащей части над входом (высоко, низко); ее подвижность (баллотирует, подвижна, прижата, вставлена); плотность предлежащей части;

в) определить наличие маточного шума, шевеление плода, сердцебиение плода (прослушивается ясно, глухо, ритмичность, число ударов в 1 мин; не прослушивается); отметить место, где яснее всего прослушивается сердцебиение.

60. При родах, происходивших в медицинских учреждениях, судебномедицинский эксперт устанавливает давность родов по медицинским документам: истории родов, истории развития новорожденного, акту судебномедицинской экспертизы трупа мертворожденного.

При внебольничных родах заключение может быть дано по состоянию родовых путей лишь в пределах двух-трех недель со времени родов; после этого срока установление давности родов представляет большие трудности, особенно у повторнородящих (у них может не быть свежих разрывов на шейке матки и в области промежности, а матка может сокращаться замедленно в связи с инфекцией).

61. При установлении продолжительности беременности в случаях рассмотрения исков о взыскании алиментов, когда требуется особая точность вычисления, судебномедицинский эксперт должен стремиться установить:

а) дату первого полового сношения — при недавнем начале половой жизни;

б) дату первого дня последней бывшей и первой ожидавшейся, но не наступившей менструации, причем весь цикл исчисляется в днях;

в) дату овуляции и возможного оптимального срока зачатия;

г) дату первых движений плода;

д) дату родов.

Нормальная продолжительность человеческой беременности обычно равна 40 неделям (10 лунных или 9 календарных месяцев).

62. При суждении о бывшей или имеющейся беременности и ее сроке, а также о давности родов следует направлять на исследование отделяемое молочных желез для определения его морфологического состава (наличие молозивных телец, жировых шариков, лейкоцитов и т. д.). Секрет молочных желез получают путем осторожного надавливания на молочные железы и околососковые кружки; из выделившегося содержимого изготовляют мазки на предметных стеклах. После высыхания мазков стекла упаковывают, надписывают и направляют в судебномедицинскую лабораторию (см. п. 6).

Установление связи прерывания беременности с травмой

63. При проведении экспертизы по установлению связи прерывания беременности с травмой, судебномедицинский эксперт должен собрать анамнез со слов свидетельствуемой, освидетельствовать ее, а затем затребовать подлинные медицинские документы из женской консультации, лечебных и родовспомогательных учреждений, куда обращалась свидетельствуемая до настоящей беременности и во время беременности, до и после травмы.

64. Из опроса свидетельствуемой и представленных медицинских документов эксперт должен выяснить:

а) когда, чем и по каким частям тела были нанесены удары, падала ли свидетельствуемая при их нанесении и какими частями тела ударилась при падении (резко села на ягодицы, упала на живот и т. д.);

б) через какой промежуток времени (уточнить в днях и часах) появились симптомы угрожающего выкидыша или преждевременных родов и в чем они выражались (ноющие боли в пояснице и в нижней части живота, схваткообразные боли, появление выделений из половых органов в виде бесцветной или сукровичной жидкости, жидкой крови, сгустков и т. п.);

в) когда и где вышел плод, какой длины, веса;

г) имела ли ранее свидетельствуемая беременности, сколько, как они протекали и чем заканчивались (срочны роды, искусственный аборт, самопроизвольный выкидыш, в последнем случае — на каком месяце беременности);

д) болела ли свидетельствуемая перед настоящей беременностью и во время беременности инфекционными заболеваниями, заболеваниями эндокринной системы, воспалительными процессами в половых органах или другими женскими болезнями (недоразвитие, неправильное положение матки, киста яичника, фиброма и т. д.);

е) как протекала настоящая беременность, обращалась ли

свидетельствуемая в женскую консультацию, не находилась ли до травмы в стационаре с целью сохранения беременности;

ж) результаты лабораторных исследований (определение резус-принадлежности, реакция Вассермана, выявление гонококков и трихомонад).

65. После расспроса свидетельствуемой эксперт производит подробное судебномедицинское освидетельствование, описывает повреждения на теле, с указанием их характера и локализации (отсутствие повреждений также должно быть отражено).

При гинекологическом осмотре особое внимание должно быть обращено на размеры, положение, подвижность матки; выяснение наличия или отсутствия спаек в околоматочной клетчатке, опухолей в матке или придатках, воспалительных изменений в половых органах.

66. При составлении заключения необходимо иметь в виду, что причиной прерывания беременности может явиться недоразвитие матки, воспалительные заболевания матки и придатков, привычный выкидыш (вследствие предшествовавших многочисленных абортов, перенесенных в период беременности инфекционных, эндокринных заболеваний, резус-конфликта, токсоплазмоза и т. п.) (см. п. 71).

67. Прерывание беременности в первой ее половине у здоровых женщин от травмы почти невозможно (особенно до 10-недельного срока, когда матка находится в полости таза и надежно защищена от внешних механических воздействий). Более вероятна возможность прерывания беременности от значительной травмы во второй половине беременности, когда от сдавления живота, сильного удара в живот или в область половых органов, от резкого падения на ягодицы, возможен разрыв плодного пузыря или отслойка плаценты с последующим досрочным прерыванием беременности.

68. Если разрыв плодного пузыря или отслойка плаценты с отхождением околоплодных вод или маточным кровотечением возникли сразу же или вскоре после травмы у женщины с неотягощенным акушерским анамнезом (здоровой женщины), эксперт имеет основание для установления прямой связи между травмой и прерыванием беременности.

69. При определении степени тяжести телесных повреждений, причиненных беременной, следует учитывать наличие или отсутствие нарушения беременности:

а) если произошел выкидыш или преждевременные роды, то повреждение оценивается как тяжкое;

б) если имелись объективные симптомы угрожающего выкидыша (кровянистые выделения, возбудимость матки), появившиеся вскоре после травмы, но благодаря своевременной госпитализации беременность была сохранена, оценка степе-

ния тяжести телесного повреждения зависит от длительности срока лечения;

в) при отсутствии объективных признаков угрожающего выкидыша эксперт оценивает только степень тяжести самих телесных повреждений.

Установление искусственного прерывания беременности (экспертиза незаконного аборта)

70. Аборты могут производиться только врачами в лечебных учреждениях. Незаконным абортом считается аборт, произведенный в лечебном учреждении, но без соответствующего основания, либо врачом вне лечебного учреждения, либо лицом, не имеющим высшего медицинского образования.

Судебномедицинский эксперт в таких случаях устанавливает:

а) была ли беременна свидетельствуемая?

б) произошел ли у нее аборт?

в) в какой срок беременности произошел аборт?

г) был ли аборт самопроизвольным или вызван искусственно?

д) сколько времени прошло с момента производства аборта?

е) каким способом был произведен аборт?

ж) какой вред аборт причинил свидетельствуемой?

з) произведен аборт самой свидетельствуемой или посторонним лицом?

и) мог ли произойти аборт при обстоятельствах, указанных свидетельствуемой?

71. При решении вопроса о причинах аборта (искусственный, самопроизвольный) учитываются следующие анамнестические данные:

1) заболевания, перенесенные свидетельствуемой в прошлом и незадолго до начавшегося аборта (в частности, венерические);

2) количество беременностей, их течение и исход;

3) обстоятельства и время наступления аборта.

Если свидетельствуемая обращалась по поводу аборта в лечебные учреждения, судебномедицинский эксперт должен запросить медицинские документы. Для исключения самопроизвольного аборта на почве токсоплазмоза или резус-конфликта следует производить необходимые лабораторные исследования в соответствующих медицинских учреждениях.

72. В процессе экспертизы производится акушерско-гинекологическое исследование с описанием состояния наружных половых органов, повреждений в области влагалища, шейки матки и шеечного канала (ожоги, ссадины, разрывы, следы от

наложения пулевых щипцов), имеющихся следов от смазывания различными веществами и т. п.

Все обнаруженные повреждения описываются подробно, с указанием места их расположения, величины, формы, цвета и т. д.

73. Одновременно с производством экспертизы, судебномедицинский эксперт обязан ознакомиться с присланными вещественными доказательствами, описать их в заключении эксперта (акте судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы) или составить соответствующий протокол и, если необходимо, через следователя направить их в судебномедицинскую лабораторию для дальнейшего исследования (см. п. 6).

74. Если при исследовании в половых органах обнаруживаются следы каких-либо посторонних жидкостей (мыльный раствор, йодная настойка, раствор марганцевокислого калия и т. д.), эксперт должен взять эту жидкость на тампон и, после высыхания направить его в судебномедицинскую лабораторию на судебнохимическое исследование (см. п. 6).

Установление пола

75. Судебномедицинская экспертиза по установлению пола осуществляется комиссионно с участием судебномедицинского эксперта, акушера-гинеколога, эндокринолога, уролога и психиатра в бюро судебномедицинской экспертизы области, края, республики.

Эта экспертиза назначается в случаях ошибочного установления пола при рождении, при бракоразводных делах, в случаях половых преступлений, половых извращений, оскорблений и т. д.

76. При определении пола необходимо выяснить следующее: 1) общее развитие субъекта (телосложение, строение скелета, форма и размеры таза); 2) развитие и особенности наружных и внутренних половых органов; 3) развитие и выраженность вторичных половых признаков, в том числе характер и особенности роста волос на голове, лице и половых органах; развитие гортани; тембр голоса; 4) наличие и характер полового влечения; 5) психическое развитие; 6) наличие и характер выделений из половых органов (семенная жидкость, менструальные выделения).

77. В тех случаях, когда для решения вопроса необходимо стационарное эндокринологическое обследование, исследуемое лицо направляют в соответствующее лечебное учреждение.

Установление состояния половых органов в случаях определения степени стойкой утраты трудоспособности или пригодности женщин к физическому труду

78. Судебномедицинская акушерско-гинекологическая экспертиза с целью определения степени стойкой утраты трудоспособности производится в случаях потери трудоспособности в связи с половой жизнью и при травмах, связанных с повреждениями половых органов.

Судбномедицинская акушерско-гинекологическая экспертиза производится также и при определении пригодности свидетельствуемой к физическому труду.

79. При проведении экспертизы следует осуществлять полное медицинское обследование свидетельствуемой, а не только гинекологическое исследование.

Экспертиза по определению стойкой утраты трудоспособности и пригодности женщин к физическому труду проводится комиссионно, совместно с врачами соответствующих специальностей (терапевт, хирург, невропатолог, гинеколог и т. д.).

80. В процессе экспертизы необходимо собрать полный анамнез, проанализировать жалобы свидетельствуемой, подвергнуть ее тщательному исследованию. При необходимости— запросить медицинские документы из лечебных учреждений, в которых лечилась свидетельствуемая; если требуется, направить свидетельствуемую для наблюдения в стационарное лечебное учреждение; применить дополнительные методы исследования (лабораторные анализы и пр.).

81. При собирании анамнеза опрашивают свидетельствуемую в отношении перенесенных заболеваний и полученных повреждений; менструального цикла; половой жизни; беременностей; родов, течения послеродового периода и периода кормления; абортов; проявлений климактерического синдрома; особое внимание должно быть уделено выявлению последствий родового и иного травматизма, послеродовых заболеваний, патологических последствий абортов.

82. При осмотре выявляют наличие или отсутствие пороков развития, заболеваний и повреждений женских половых органов (пороки развития матки; неправильное ее положение, сопровождающееся стойкими функциональными изменениями; воспалительные заболевания; новообразования, доброкачественные или злокачественные; травматические повреждения, являющиеся результатом родов или абортов, либо связанные с несчастными случаями, либо имеющие другую этиологию и пр.).

Примечание: При установлении пригодности к физическому труду свидетельствуемую направляют в кожно-венерологический диспансер для исключения венерических заболеваний.

83. В случаях выявления заболеваний или иных патологических состояний женских половых органов, после установления диагноза, определяется их причинная связь с половой жизнью (в частности, с абортами, родами) или травмой. При определении способности к физическому труду, с учетом выявленных изменений указывается, препятствуют ли выявленные изменения занятию физическим трудом, противопоказано ли свидетельствуемой выполнение работ, связанных с поднятием тяжестей, пребыванием в холодном помещении и т. д.

84. Степень стойкой утраты трудоспособности или пригодность к физическому труду определяется комиссионно, с учетом состояния не только женской половой сферы, но и остальных органов и систем.

Если свидетельствуемая нуждается в оперативном вмешательстве, под влиянием которого трудоспособность может восстановиться, то это отмечают в заключении эксперта (акте судебномедицинской акушерско-гинекологической экспертизы).

С изданием настоящих Правил считать утратившими силу «Правила амбулаторного судебномедицинского акушерско-гинекологического исследования», утвержденные Народным Комиссариатом здравоохранения СССР в 1934 г.

Проект Правил подготовлен сотрудником Организационно-методического отдела Научно-исследовательского института судебной медицины Министерства здравоохранения СССР кандидатом медицинских наук О. А. Панфиленко с участием судебномедицинских экспертов-гинекологов Бюро судебномедицинской экспертизы Московского городского отдела здравоохранения.

Главный судебномедицинский эксперт Министерства здравоохранения СССР профессор
В. И. Прозоровский

Приложение 2

СОГЛАСОВАНО:
С ВЕРХОВНЫМ СУДОМ СССР,
С ПРОКУРАТУРОЙ СССР,
С МИНИСТЕРСТВОМ ОХРАНЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ПОРЯДКА СССР

УТВЕРЖДАЮ:
Начальник Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения СССР
член коллегии А. Сафонов
18 октября 1968 г.

ПРАВИЛА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПОЛОВЫХ СОСТОЯНИЙ МУЖЧИН

I. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1. Судебно-медицинская экспертиза половых состояний мужчин производится только на основании постановления следователя, прокурора, лица, производящего дознание или определения суда.

Примечание: В экстренных случаях (изнасилование, мужеложство), если в силу сложившихся обстоятельств (отдаленность района происшествия от органов дознания, следственных или судебных учреждений и т. д.) своевременное получение постановления о производстве экспертизы невозможно, судебно-медицинское освидетельствование может, в порядке исключения, производится по заявлению потерпевших, а также родителей, законных представителей несовершеннолетних или надлежащих должностных лиц.

О производстве такого освидетельствования судебно-медицинский эксперт должен немедленно поставить в известность органы следствия (дознания).

В таких случаях составляется не заключение эксперта (акт судебно-медицинской экспертизы), а акт судебно-медицинского освидетельствования.

2. Судебно-медицинская экспертиза половых состояний мужчин производится судебно-медицинским экспертом, прошедшим повышение квалификации по судебной медицине в институте усовершенствования врачей.

В тех случаях, когда судебно-медицинская экспертиза производится по поводу определения половой способности, половой зрелости, заражения венерической болезнью, она должна осуществляться судебно-медицинским экспертом, имеющим специальную подготовку по урологии и венерологии.

При отсутствии подготовленного эксперта, экспертиза производится комиссионно судебно-медицинским экспертом и врачом-урологом или венерологом (в зависимости от характера экспертизы).

При необходимости к проведению экспертизы привлекаются и врачи других специальностей.

3. Экспертиза должна производиться в светлом, теплом помещении и, как правило, при достаточном дневном освещении.

Ректальное исследование проводится на высокой жесткой кушетке.

Осмотр женщин (в тех случаях, когда это необходимо для выяснения обстоятельств, касающихся экспертизы половых состояний мужчин) производится на гинекологическом кресле *.

4. При проведении судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин используются инструментарий и оборудование: медицинские весы, ростомер, мягкая сантиметровая лента, измерительная линейка, ректальное зеркало, наборы ректоскопов и уретроскопов, хирургические пинцеты, малый акушерский циркуль, комплекты прямых и кривых бужей, двойной металлический катетер, микроскоп, камера Горяева, смеситель для подсчета лейкоцитов, чашки Петри, мерные пробирки, стеклянные палочки, предметные и покровные стекла, набор реактивов для окраски мазков, универсальная индикаторная бумага.

5. Перед производством экспертизы судебно-медицинский эксперт обязан установить личность освидетельствуемого путем проверки паспорта или иного, заменяющего его, документа с фотоснимком.

При отсутствии надлежащего документа с фотоснимком личность освидетельствуемого удостоверяется представителем органов следствия (дознания), доставившим его на экспертизу, о чем делается соответствующая отметка в заключении эксперта (акте судебно-медицинской экспертизы).

В тех случаях, когда личность освидетельствуемого не может быть удостоверена, он должен быть сфотографирован; фотоснимки наклеиваются на акт экспертизы и его дубликат.

Освидетельствование лиц, не достигших 16 лет, желательно проводить в присутствии родителей, педагога или заменяющих их взрослых (одинакового пола с освидетельствуемым).

6. Обстоятельства происшествия должны быть сообщены судебно-медицинскому эксперту следователем путем представления материалов дела или описания их содержания в постановлении о назначении экспертизы.

С целью уточнения деталей, имеющих судебно-медицинское значение, эксперт производит опрос освидетельствуемого.

Рассказ детей записывается, по возможности, дословно. Полученные сведения следует оценивать критически.

7. При производстве экспертизы, помимо осмотра освидетельствуемого, применяются инструментальные и лаборатор-

---

* См. «Правила судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы», 1966 г.

ные методы исследования, которые должны производиться только лицами, владеющими соответствующими методами.

В тех случаях, когда лабораторные исследования являются составной частью экспертизы и результаты их необходимы для ответов на поставленные перед экспертом вопросы, эксперт вправе изъять и послать на исследование соответствующие объекты (сперма, мазки и пр.) без участия следователя.

Взятие спермы для установления способности к оплодотворению, а также приготовление мазков из содержимого прямой кишки для исследования на наличие сперматозоидов осуществляется судебно-медицинским экспертом, а исследование их производится либо этим экспертом, либо в судебно-биологическом отделении судебно-медицинской лаборатории.

Изготовление мазков из отделяемого мочеиспускательного канала для выявления наличия гонококков, влагалищных трихомонад и др., если освидетельствуемых не направляют в кожно-венерологическое учреждение, проводится судебно-медицинским экспертом, а исследование — в лабораториях кожно-венерологических учреждений или в бактериологическом отделении судебно-медицинской лаборатории.

Взятые материалы направляются на исследование с сопроводительным письмом судебно-медицинского эксперта, упакованные и опечатанные соответствующим образом (мазки должны быть предварительно высушены при комнатной температуре).

Результаты исследований, осуществленных в специализированных учреждениях, должны быть в письменном виде сообщены судебно-медицинскому эксперту, по направлению которого они производились.

8. При судебно-медицинской экспертизе по поводу заражения венерической болезнью производится освидетельствование как мужчины, так и женщины.

Судебно-медицинский эксперт проводит первоначальное освидетельствование, а затем направляет освидетельствуемых в кожно-венерологическое учреждение для детального обследования.

9. Одежда, находившаяся на освидетельствуемом в момент происшествия (в случаях изнасилования и т. д.), подлежит исследованию в судебно-биологическом отделении судебно-медицинской лаборатории бюро судебно-медицинской экспертизы. Направление одежды на исследование осуществляется представителями органов следствия (дознания), по постановлению которых производится экспертиза; если одежда не была изъята, а экспертиза производится в отсутствии представителя указанных органов, то при наличии на одежде подозрительных следов, судебно-медицинский эксперт обязан поста-

вить следователя в известность о необходимости изъятия одежды и направления на исследование.

10. На каждый случай производства судебно-медицинской экспертизы половых состояний у мужчин составляется заключение эксперта (акт судебно-медицинской экспертизы)*.

Заключение (акт судебно-медицинской экспертизы) состоит из 3-х частей: вводной, описательной и заключительной.

I. В вводной части заключения эксперта (акта судебно-медицинской экспертизы) указывается:

1) порядковый номер акта, час, число, месяц и год производства экспертизы;

2) основания, по которым производится экспертиза;

3) место и условия проведения экспертизы (в частности, освещение);

4) должность, специальность, ученая степень, ученое звание, фамилия и инициалы эксперта (ов), производившего (их) экспертизу;

5) должности, фамилии, инициалы лиц, присутствовавших при проведении экспертизы;

6) фамилия, имя, отчество освидетельствуемого, год рождения (для несовершеннолетнего—число, месяц и год рождения), семейное положение, образование, профессия, место работы и местожительство, номер и дата выдачи предъявленного документа, кем он выдан, при отсутствии документа—фамилия и должность лица, удостоверяющего личность освидетельствуемого;

7) цель экспертизы и вопросы, поставленные на ее разрешение;

8) обстоятельства дела:

А. Краткие сведения, относящиеся к происшествию, как со слов освидетельствуемого, так и на основании данных постановления о производстве экспертизы и других материалов предварительного следствия.

Если к моменту проведения освидетельствования необходимые следственные материалы и медицинские документы не представлены, то судебно-медицинский эксперт имеет право затребовать их через следователя. При этом освидетельствование производится сразу, а заключение эксперта (акт судебно-медицинской экспертизы) представляется судебно-след-

---

*Этот документ именуется «Заключение эксперта» либо «Акт судебно-медицинской экспертизы» в зависимости от названия, предусмотренного уголовно-процессуальным кодексом той союзной республики, на территории которой производится экспертиза.

В исключительных случаях, когда отсутствует постановление о производстве экспертизы, документ называется «Акт судебно-медицинского освидетельствования».

ственным органам по получении требовавшихся материалов (см. общая часть, п. I).

Б. Данные медицинских документов, с указанием их даты и номера в случае, если освидетельствуемый до экспертизы обращался в медицинские учреждения или к отдельным специалистам.

В. Жалобы освидетельствуемого.

Г. Специальный анамнез, в котором отражаются в зависимости от цели экспертизы:

а) перенесенные заболевания, в том числе венерические, туберкулез, болезни желудочно-кишечного тракта, психические заболевания и т. п.;

б) половое созревание, онанизм, половая жизнь;

в) наличие вредных привычек: курение, употребление алкоголя, наркотиков, снотворных и пр.;

г) профессиональные вредности.

Примечание: При выяснении этих сведений, так же как и в последующем при составлении описательной части акта, эксперт руководствуется возрастом освидетельствуемого, характером экспертизы и вносит в документ только соответствующие данные.

После составления вводной части «Обстоятельств дела» содержание сообщенных освидетельствуемым сведений зачитывается ему и подписывается им, а при экспертизе детей дошкольного и младшего школьного возраста подписывается сопровождающим лицом.

Знакомить освидетельствуемого с содержанием следственных материалов эксперт не имеет права.

II. В описательной части заключения эксперта (акта судебно-медицинской экспертизы) отражаются данные объективного исследования, полученные экспертом при освидетельствовании:

1) общее физическое развитие освидетельствуемого, в том числе антропометрические показатели;

Примечание: В случае возникновения сомнений в психической полноценности освидетельствованного, эксперт должен поставить перед органами следствия (дознания) вопрос о назначении судебно-психиатрической экспертизы.

2) выраженность вторичных половых признаков;

3) состояние наружных половых органов;

4) состояние области заднего прохода;

5) повреждения на теле, в частности в области половых органов и заднего прохода;

6) результаты произведенных лабораторных исследований;

7) данные консультаций специалистов.

III. Заключительная часть составляется с учетом в каждом отдельном случае следственных материалов, вопросов, постав-

ленных на разрешение экспертизы, на основе объективных данных, полученных при производстве экспертизы, а также медицинских документов и результатов лабораторных исследований.

Если при проведении экспертизы установлены обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых не были поставлены вопросы, эксперт вправе указать на них в своем заключении.

Примечание: Если органы следствия требуют немедленного представления заключения (акта судебно-медицинской экспертизы), не ожидая результатов лабораторного исследования, то эксперт дает предварительное заключение в пределах имеющихся возможностей, на основании обнаруженных объективных данных, с указанием, что полное заключение может быть дано только после получения результатов исследования.

11. Заключение эксперта (акт судебно-медицинской экспертизы) должно быть, при необходимости, иллюстрировано фотоснимками, фиксирующими имеющиеся у освидетельствуемого повреждения и изменения.

12. Если в постановлении (определении) о производстве экспертизы указаны другие специалисты, кроме судебно-медицинского эксперта, то заключение подписывают все члены комиссии.

Если врачи-специалисты (венерологи и др.) осуществляющие консультацию, дают письменный ответ на вопросы судебно-медицинских экспертов (а не следователя или суда), то этот ответ приобщается к дубликату акта, хранящегося в бюро судебно-медицинской экспертизы. Эксперт использует полученные данные в своем заключении (акте судебно-медицинской экспертизы) с соответствующей ссылкой; заключение (акт судебно-медицинской экспертизы) подписывает только эксперт.

13. Заключение эксперта (акт судебно-медицинской экспертизы) либо выдается под расписку представителям органов следствия (дознания), или суда, по постановлению которых производилась экспертиза, либо пересылается по почте. Выдача заключения эксперта (акта судебно-медицинской экспертизы) или справок о произведенном освидетельствовании на руки освидетельствуемому или другим лицам, кроме представителей следственных и судебных органов, не разрешается.

Ставить в известность освидетельствуемого о результатах освидетельствования или экспертизы запрещается.

II. СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

14. Судебно-медицинская экспертиза половых состояний мужчин производится для установления:

1) способности к половому сношению,

2) способности к оплодотворению,
3) половой зрелости,
4) венерического заболевания,
5) признаков мужеложства,
6) признаков, характеризующих совершение подозреваемым насильственного полового акта,
7) половой принадлежности.*

ЭКСПЕРТИЗА СПОСОБНОСТИ К ПОЛОВОМУ СНОШЕНИЮ

15. Необходимость установления способности к половому сношению возникает в случаях: насильственного полового акта (изнасилование), полового сношения с несовершеннолетней, мужеложства, бракоразводных процессов, дел о спорном отцовстве, установления степени тяжести телесных повреждений (при травме половых органов, поражении центральной или периферической нервной системы).

16. При решении вопроса о способности к половому сношению эксперт проводит детализированный опрос и осмотр освидетельствуемого, в зависимости от поводов к проведению экспертизы и вопросов следствия.

17. При опросе освидетельствуемого эксперт выясняет:

1) Наличие в анамнезе заболеваний, способных оказать отрицательное влияние на половую функцию: венерических, эндокринных, инфекционных заболеваний и травм центральной нервной системы, травматических повреждений мочеполовых органов.

Для уточнения полученных сведений о венерических или иных заболеваниях, эксперт запрашивает и изучает медицинские документы учреждений, в которых лечился освидетельствуемый (см. п. 10 п/п А, Б).

2) Наличие вредных привычек: курение (давность, число папирос, выкуриваемых в сутки), употребление алкоголя (частота и количество), наркотиков, медикаментов (снотворные, гормонопрепараты и др.).

3) Наличие профессиональных вредностей (облучение, контакт со свинцом, ртутью и т. п.).

4) Данные о половом созревании и половой жизни освидетельствуемого: первое появление поллюций, их частота, онанизм (в какой период жизни, частота); время начала половой жизни; частота совершения половых актов (в течение месяца, суток); наличие отклонений от нормы с точки зрения освидетельствуемого; брак (сколько раз был женат); наличие детей, семейные конфликты в связи с половой жизнью и т. д.

---

* Производится в соответствии с п.п. 75—77 «Правил судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы».

18. При освидетельствовании эксперт фиксирует: телосложение, питание, рост стоя и сидя, окружность грудной клетки при глубоком вдохе, выдохе и спокойном дыхании, смену зубов, наличие (и количество) постоянных зубов, указывая отдельно зубы мудрости; исследует кожные рефлексы (брюшные, кремастерные, анальный и ягодичные), отмечает степень развития оволосения на лице, в подмышечных впадинах, в лобковой области (выражено хорошо, слабо; по мужскому или женскому типу); выстояние щитовидного хряща; тембр голоса.

19. Эксперт устанавливает правильность развития наружных половых органов, наличие заболеваний, следов ранений и других повреждений, при этом:

а) Измеряет длину (от корня до конца головки) и ширину (в средней трети и в наиболее широкой части головки) ненапряженного полового члена; фиксирует состояние пещеристых тел, крайней плоти и уздечки: расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала и состояние наружных губок его; наличие или отсутствие пороков развития.

При наличии в пещеристых телах уплотнений, эксперт отмечает их величину и характер, при описании крайней плоти —указывает наличие и подвижность ее (закрывает ли головку и свободно ли сдвигается за нее) и т. д.

б) Описывает форму мошонки, морщинистость, пигментацию, величину (нормальная, уменьшена, увеличена); отмечает наличие яичек в мошонке, их консистенцию (мягкая, мягкоэластичная, эластичная); характер поверхности (гладкая, бугристая), болезненность, величину (длина, ширина, толщина).

Определяет изменения в придатках (бугристость, уплотнение в их головке, теле или хвосте), состояние семенных канатиков (толщина, консистенция).

Исследование яичек и придатков производится пальпаторно: под яичко подводится рука исследователя таким образом, чтобы яичко лежало между ладонной поверхностью сложенных вместе второго-пятого пальцев и большим пальцем. Правое яичко исследуется левой рукой, левое — правой рукой.

Примечание: Для измерения полового члена и яичек удобно применять малый акушерский циркуль с вмонтированными в концевые его шарики двумя металлическими стержнями длиной до 2,5 см.

20. Исследование внутренних половых органов — предстательной железы и семенных пузырьков — производится указательным пальцем (в резиновой перчатке) через прямую кишку в коленно-локтевом положении освидетельствуемого или в положении его на правом боку.

Эксперт определяет положение предстательной железы, примерную величину, границы, состояние поверхности (глад-

кая, бугристая), выраженность срединной бороздки, равномерность долей, консистенцию (дряблая, мягко-эластичная, эластичная, плотно-эластичная), наличие уплотнений, втяжений, болезненности.

Примечания: 1. В норме предстательная железа эластичной или плотно-эластичной консистенции с отчетливыми границами.

Семенные пузырьки в норме мягкие, наличие уплотнений в них свидетельствует о перенесенном или текущем воспалительном процессе.

2. В случае необходимости производится инструментальное исследование — передняя и задняя уретроскопия и ректоскопия (см. п. 7).

21. Экспертное суждение о способности освидетельствуемого к половому сношению основывается на совокупности данных опроса, освидетельствования, лабораторных исследований, медицинских документов, с учетом следственных материалов.

При оценке полученных данных эксперт должен учитывать,что причиной половых расстройств могут быть: тяжкие, истощающие общие заболевания, заболевания центральной нервной системы, воспалительные и иные заболевания половых органов; эндокринные расстройства; уродства половых органов (например, выраженная эпи- или гипоспадия); механические повреждения полового члена и органов мошонки, наличие рубцов и уплотнений в кавернозных телах; поражения предстательной железы (стойкая дряблость, неровная бугристая поверхность, увеличение одной из долей и др.).

22. Если освидетельствуемый сообщает об импотенции, но эксперт не обнаруживает объективных причин, обусловливающих неспособность совершать половые акты, то для суждения о половой жизни освидетельствуемого нужно изучить документы медицинских учреждений, в которые обращался освидетельствуемый, ознакомиться с протоколами допросов потерпевшей, жены освидетельствуемого, проконсультировать освидетельствуемого с невропатологом, эндокринологом и т. д.

23. Если возникает необходимость в установлении соответствия размеров половых органов освидетельствуемого и потерпевшей (в основном, в случаях изнасилования малолетних девочек), то производится измерение полового члена освидетельствуемого в состоянии эрекции и входа влагалища потерпевшей.

В случае несоответствия размеров в заключении указывается на возможность или невозможность совершения полового сношения без нанесения повреждений потерпевшей.

ЭКСПЕРТИЗА СПОСОБНОСТИ К ОПЛОДОТВОРЕНИЮ

24. Экспертиза способности к оплодотворению производится при решении вопроса о спорном отцовстве, а также в делах

об изнасиловании, сожительстве с несовершеннолетними, бракоразводных делах и др.

25. Освидетельствование производится в обычном порядке, с детальным обследованием наружных и внутренних половых органов (см. разделы «Общая часть», «Экспертиза способности к половому сношению»).

26. При опросе выясняют данные, по которым можно судить о нарушении способности к оплодотворению:

1) Перенесенные и имеющиеся в настоящее время:

а) венерические и невенерические воспалительные заболевания предстательной железы, семенных пузырьков, яичек, придатков яичек и мочеиспускательного канала;

б) инфекционные болезни — паротит, малярия, тифы, туберкулез и т. д.;

в) заболевания или травмы центральной нервной системы, травмы половых органов и костей таза, сопровождающиеся нарушением функции половых органов;

2) Вредные привычки (злоупотребление алкоголем, никотином, наркотиками, гормонопрепаратами, снотворными и т. д.);

3) Профессиональные вредности, приводящие к снижению половой функции;

4) Сведения о половой жизни освидетельствуемого.

27. Оценивая данные, полученные при осмотре половых органов, нужно иметь в виду следующее:

1) При обнаружении сужений уретры, для установления возможности прохождения спермы, следует провести инструментальное обследование — бужирование и уретроскопию, рентгенографическое исследование (см. п. 7).

2) Пороки развития полового члена — выраженная эпи- или гипоспадия (прикорневая или мошоночная) не являются безусловным доказательством неспособности освидетельствуемого к оплодотворению.

3) Уплотнение и бугристость яичек указывают на перенесенный воспалительный процесс, что при поражении обоих яичек может быть причиной азооспермии. Поражение только одного яичка, при сохранении функции другого, обычно не влечет за собой потери производительной способности.

4) Уплотнения в придатках также указывают на перенесенный воспалительный процесс или травму; двустороннее поражение придатков, как правило, является объективным признаком неспособности к оплодотворению, однако, в ряде случаев и одностороннее поражение придатков может явиться причиной азооспермии.

5) Выраженные рубцовые изменения в области семенных пузырьков и предстательной железы даже при отсутствии других данных) могут служить причиной азооспермии.

28. Исследование семенной жидкости является основным методом установления оплодотворяющей способности мужчин.

Наиболее целесообразно исследовать эякулят после 7—10-дневного воздержания освидетельствуемого от половых сношений.

Получение спермы у несовершеннолетних допустимо только путем производства массажа предстательной железы и семенных пузырьков.

29. Эякулят собирают в чистую чашку Петри, нагретую до температуры тела.

Обязательно производится исследование «последней капли» после эякуляции, для чего легким массажем полового члена, от корня к головке, из мочеиспускательного канала выдавливают каплю спермы, которая переносится на предметное стекло для последующего микроскопического исследования. Наличие подвижных сперматозоидов в «последней капле» при отсутствии таковых в представленном освидетельствуемым эякуляте, указывает на подмену его или добавление к нему каких-либо веществ (кислоты и пр.).

30. Исследование эякулята должно быть проведено как можно быстрее после его получения (не позднее 3-х часов) и включает:

1) физическое исследование: определение цвета, прозрачности, вязкости, объема;
2) определение pH (при необходимости);
3) микроскопическое исследование: в свежем виде—установление числа и подвижности сперматозоидов; после окрашивания — поиски патологических форм и форменных элементов эякулята.

Физическое исследование

А. Цвет и степень прозрачности эякулята определяют на глаз — в норме эякулят сероватого цвета с беловатым оттенком, мутный (красный цвет может быть обусловлен наличием крови, желтый—гноя; бурый или коричневый оттенок эякулята бывает связан с возрастными изменениями или свидетельствуют о давнем сроке получения спермы).

Б. Вязкость определяют спустя 30 минут после получения эякулята при хранении его в условиях комнатной температуры, когда обычно наступает разжижение спермы. При нормальной вязкости сперма стекает каплями с окунутой в нее деревянной или стеклянной палочки. Повышение вязкости может указывать на заболевание предстательной железы.

В. Объем семенной жидкости определяют в мерной пробирке, куда ее переливают после разжижения из чашки Петри.

Определение рН

рН спермы определяют при помощи универсальной индикаторной бумаги; нормальной для спермы является слабощелочная среда.

Микроскопическое исследование

Микроскопическое исследование включает обзорный осмотр капли эякулята в нативном препарате, подсчет количества сперматозоидов и форменных элементов спермы, исследование окрашенного мазка с целью выявления патологических форм.

А. При обзорном осмотре нативного препарата устанавливают подвижность сперматозоидов при малом и большом увеличении микроскопа.

Б. Число сперматозоидов определяется путем подсчета их в камере Горяева. Вначале подсчитывают общее количество сперматозоидов в 1,0 мл спермы. Для этого в смеситель (применяемый для подсчета лейкоцитов) набирают подвергшийся разжижению эякулят до мерки «0,5» (или «1,0» при малом числе сперматозоидов) и разбавляют каким-либо раствором, вызывающим неподвижность сперматозоидов, например, содово-формалиновой жидкостью (5 г двууглекислого натрия, 1,0 мл формалина и 100 мл дистиллированной воды). Раствор набирают до метки «11», встряхиванием смесителя перемешивают эякулят, выпускают первую каплю на марлю, а вторую каплю вводят в счетную камеру. В пяти больших квадратах по диагонали сосчитывают все находящиеся в них сперматозоиды, головки которых лежат внутри квадратов. Полученная сумма, умноженная на 1 000 000 (при разведении спермы в 20 раз, т. е. наборе до метки «0,5») составит количество сперматозоидов в 1,0 мл спермы.

В. Количество неподвижных сперматозоидов в эякуляте подсчитывается указанным в пункте «Б» образом, однако эякулят разводится при этом физиологическим раствором (в другом смесителе), в квадратах учитываются неподвижные сперматозоиды. Полученная сумма, умноженная на 1 000 000 (при разведении в 20 раз), составит число неподвижных сперматозоидов в 1,0 мл спермы.

Количество подвижных сперматозоидов определяется по разности между их общим количеством при обездвиживании и числом неподвижных сперматозоидов, полученным при разведении спермы физиологическим раствором.

Примечание: В клинике принято считать нормой наличие более 60 млн. сперматозоидов в 1 мл эякулята. При числе сперматозоидов менее 20 млн в 1мл эякулята клиницисты диагностируют резкую олигозооспермию. Однако с судебно-медицинской точки зрения наличие даже од-

ного нормального подвижного сперматозоида в эякуляте уже не дает оснований для утверждения о полной неспособности освидетельствуемого к оплодотворению. При малом количестве сперматозоидов (олигозооспермии) в заключении эксперта (акте судебно-медицинской экспертизы) можно только указывать, что вероятность оплодотворения снижена, но полностью исключить способность к оплодотворению нельзя.

Г. Выявление патологических форм сперматозоидов производят в окрашенных мазках. Например, высушенный на воздухе и фиксированный на пламени мазок спермы обрабатывают 1% раствором хлорамина (для удаления слизи), промывают водой и 95° алкоголем. Затем окрашивают в течение 2—5 минут смесью фуксина с эозином (2 части карболового фуксина Циля, 1 часть насыщенного спиртового раствора эозина, 1 часть 95° алкоголя), подкрашивают синькой Леффлера и исследуют под микроскопом с применением иммерсионной системы. При наличии большого количества атипических форм сперматозоидов (деформированные головки и хвосты и т. д.) необходимо тщательное повторное исследование эякулята, так как присутствие их может быть обусловлено случайными факторами, в том числе неоднократными предшествующими половыми сношениями.

Наличие атипических форм может быть обусловлено как нарушениями сперматогенеза, так и предшествующими исследовнию неоднократными половыми актами.

Д. Форменные элементы эякулята подсчитывают в поле зрения микроскопа (малое увеличение, объектив — 20 или 40, окуляр 10 или 15).

К ним относят: эритроциты и лейкоциты, эпителиальные клетки, лецитиновые зерна, амилоидные тельца. В норме в эякуляте—единичные лейкоциты, эпителиальные клетки, амилоидные тельца и большое количество лецитиновых зерен. Увеличение количества лейкоцитов свидетельствует о воспалительном процессе в мочеполовых органах. Уменьшение количества лецитиновых зерен указывает на понижение функции предстательной железы.

31. Заключение об оплодотворяющей способности освидетельствуемого основывается на всем комплексе исследований.

ЭКСПЕРТИЗА ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ

32. Судебно-медицинская экспертиза половой зрелости у лиц мужского пола производится в отношении несовершеннолетних в случаях, связанных с половыми правонарушениями.

Примечания: 1) Экспертизы по определению половой зрелости производятся только в тех союзных республиках, где уголовным законодательством предусмотрена ответственность за половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости (РСФСР, УССР, БССР, Армянская ССР, Литовская ССР, Узбекская ССР), так как в уголовных кодексах остальных республик прямо указывается, что наказуемым является половое

сношение с лицом, не достигшим 16 лет или не достигшим брачного возраста.

2) В тех республиках, в которых брачный возраст установлен в 18 лет, половая зрелость определяется в пределах 14—18 лет; в республиках, где брачный возраст равен 16 годам, половую зрелость устанавливают в пределах 14—16 лет.

33. Половая зрелость у лиц мужского пола характеризуется таким состоянием общего физического развития и формирования половых желез, при котором половая жизнь является физиологически нормальной функцией, не вызывает расстройства здоровья и не наносит ущерба дальнейшему развитию организма.

При освидетельствовании учитывают: общее физическое развитие организма, развитие наружных и внутренних половых органов, способность к половому сношению и оплодотворению. Каждый из этих признаков в отдельности не является решающим, только совокупность их дает возможность судебно-медицинскому эксперту правильно ответить на вопрос о половой зрелости.

34. Производят опрос и осмотр освидетельствуемого (см. раздел «Общая часть», «Экспертиза способности к половому сношению»). Собирают сведения о перенесенных заболеваниях, вредных привычках и о половом развитии освидетельствуемого (время возникновения интереса к половому вопросу, появление эрекции полового члена и поллюций, онанизм).

Если освидетельствуемый лечился по поводу заболеваний, влияющих на половую функцию, изучают данные медицинских документов, в том числе школьной диспансерной карты (см. п. 10, А, Б).

35. На достижение половой зрелости указывают выраженные вторичные половые признаки и достаточное развитие наружных и внутренних половых органов: растительность на лице (губах, подбородке) выражена хорошо, оволосение в подмышечных впадинах занимает всю их поверхность, оволосение в лобковой области распространяется на мошонку и внутреннюю поверхность верхней трети бедер; щитовидный хрящ хорошо заметен при глотательных движениях; тембр голоса низкий; половой член развит правильно, кожа мошонки пигментирована, морщинистая, яички нормальные по размеру, эластичные, с четко отграниченными придатками, отчетливо прощупывают границы предстательной железы, срединная бороздка и доли, железа имеет эластичную консистенцию.

36. Если перед экспертом ставится вопрос о способности освидетельствуемого к оплодотворению, производится исследование семенной жидкости (см. раздел «Экспертиза способности к оплодотворению»).

37. Заключение о достижении освидетельствуемым поло-

вой зрелости дается по совокупности признаков. При этом эксперт может придти к заключению, что освидетельствуемый половой зрелости не достиг и половых актов совершать не может, либо—половой зрелости не достиг, но половые акты совершать может, либо—половой зрелости достиг полностью.

ЭКСПЕРТИЗА ВЕНЕРИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

38. Судебно-медицинская венерологическая экспертиза производится для установления наличия или отсутствия у обследуемого венерического заболевания, если соответствующий вопрос возникает в процессе расследования уголовного дела или рассмотрения в судах гражданского иска (о разводе, об алиментах, о признании отцовства и т. д.).

39. В судебно-медицинской практике чаще всего встречается заражение сифилисом или гонореей.

Следует иметь в виду, что у одного и того же человека могут быть сифилис и гонорея одновременно.

Для сифилиса и гонореи характерна определенная постоянность развития клинической картины и сроков возникновения отдельных проявлений заболевания с момента инфицирования (заражения).

40. Различают следующие стадии сифилиса:

1) Сифилис первичный серонегативный.

Твердый шанкр появляется через 3—3,5 недели после инфицирования.

2) Сифилис первичный серопозитивный.

Серореакции становятся положительными через 6—8 недель с момента инфицирования и через 3—4 недели после появления твердого шанкра.

3) Сифилис вторичный свежий.

Через 8—10 недель с момента инфицирования—сыпь (обильная, розеолезно-папулезная с преимущественной локализацией на боковых поверхностях туловища и конечностей). Серореакции положительны. В этот период могут появиться эрозивные и гипертрофические папулы в области гениталий, в складках кожи, подверженных мацерации.

4) Сифилис вторичный рецидивный.

Через 4—5 месяцев с момента инфицирования—скудные высыпания с наклонностью к группировке элементов с образованием фигур (дуг, колец), количество элементов меньше, сами же элементы крупнее. Чем больше прошло времени с момента инфицирования, тем меньше количество элементов сыпи.

Лейкодерма с типичным расположением на задней поверхности шеи наблюдается через 5—6 и более месяцев после инфицирования. Широкие кондиломы могут появляться на всем

протяжении рецидивного сифилиса. Наиболее ранний срок их появления—через 4—5 месяцев от момента инфицирования. Гнездные облысения—наблюдаются обычно через 5—6 месяцев после заражения.

Высыпания на ладонях и стопах указывают на наличие вторичного рецидива позднего сифилиса, либо на бурно протекающий вторичный свежий сифилис (в этом случае должен быть твердый шанкр).

На слизистой рта и зева могут наблюдаться папулезные элементы, чаще с эрозивной поверхностью, рубцовые изменения, сифилитическая ангина.

5) Сифилис третичный.

При отсутствии лечения наступает через 3—4 года и более. Является слабо контагиозным и в судебно-медицинской практике встречается редко.

41. Различают следующие формы гонореи:

1) Свежая гонорея: острая, подострая, торпидная.

При острой или подострой форме гнойные выделения и резь в начале мочеиспускания появляются, как правило, через 3—7 дней после инфицирования.

Свежая торпидная (асимптомная) форма характеризуется наличием гонококков и незначительными проявлениями заболевания или даже отсутствием симптоматики. Продолжительность ее—не более 2-х месяцев с момента инфицирования.

2) Хроническая гонорея—вяло протекающее заболевание, продолжительностью более 2-х месяцев или когда давность его установить не представляется возможным. Следует учитывать возможность обострения хронического процесса; очень важно в этом случае отдифференцировать его от свежей гонореи: принимают во внимание длительность периода, протекшего от момента заражения, а также распространенность процесса на мочеполовую систему, что более выражено при хронической гонорее.

3. Латентная гонорея, при которой не удается обнаружить ни клинических симптомов заболевания, ни гонококков даже в тех случаях, когда больной является заведомо источником заражения.

42. Опрос освидетельствуемого производится как указано в разделе «Экспертиза способности к половому сношению». Затем выясняют обстоятельства, которые прямо или косвенно могут указывать на наличие у него венерического заболевания. При сообщении о венерическом заболевании в прошлом, расспрашивают о проведенном лечении, имея в виду, что рецидивы чаще возникают после недостаточного лечения.

43. Освидетельствование проводится по общему плану (см. раздел «Экспертиза способности к половому сношению»), но имеет особенности.

а) Осматривают волосистую часть головы, слизистую полости рта и зева, кожные покровы лица, шеи, туловища и конечностей. При этом обращают внимание на наличие сыпи, локализацию ее, срок появления после полового сношения, интенсивность, тенденцию к группированию отдельных элементов сыпи в фигуры; наличие безболезненных язвочек или эрозий в полости рта.

б) Проверяют, имеются ли в локтевых сгибах или ягодичной области следы инъекций и инфильтратов, что может косвенно указывать на проведенное специфическое лечение.

При подозрении на специфический инфильтрат проводится рентгенографическое исследование, позволяющее выявить отложившийся в области инфильтрата металл (висмут).

в) Проверяют шейные, подмышечные, локтевые и паховые лимфатические узлы. Для сифилиса характерны увеличенные лимфатические узлы плотно-эластичной, близкой к хрящевой консистенции, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями.

г) Обследуют половые органы на наличие язвочек, эрозий, рубцов после твердого шанкра, выделений. При наличии выделений из мочеиспускательного канала выясняют, через какое время после сношения появились, их характер (гнойные, слизистые, серозные, обильные, скудные), сопровождаются ли резью в начале или в конце мочеиспускания; делают мазок на предметном стекле, которое направляют в бактериологическую лабораторию.

При отсутствии выделений освидетельствуемого направляют для проведения детального обследования («провокация», исследование секрета предстательной железы и др.) в кожно-венерологическое учреждение.

Примечание: Для характеристики воспалительного процесса в мочеиспускательном канале у мужчин проводится «двустаканная проба»: освидетельствуемому предлагают последовательно помочиться в два стакана. При наличии острого процесса в передней уретре первая порция мочи (1-й стакан) — мутная, вторая (2-й стакан) — прозрачная.

При поражении и задней уретры — обе порции мочи мутные. Чем процесс острее, чем больше гнойного отделяемого, тем более мутная моча.

Помутнение мочи может происходить за счет содержания в ней солей. В этом случае моча просветлеет при добавлении к ней небольшого количества соляной кислоты.

д) Осматривают область заднего прохода, так как здесь могут располагаться проявления как первичного сифилиса — твердый шанкр, так и вторичного — папулы и широкие кондиломы.

При подозрении на гонорейное воспаление слизистой прямой кишки берут мазки из прямой кишки или промывают прямую кишку при помощи специального двойного металлического катетера, а промывные воды направляют в бактериологическую лабораторию для обнаружения гонококков.

е) Для выявления гонорейного процесса исследуют яички, их придатки, предстательную железу и семенные пузырьки (по методике, указанной в разделе «Экспертиза способности к половому сношению»).

44. Следует выяснить, принимал ли освидетельствуемый антибиотики, так как венерические заболевания поддаются лечению ими. Больной венерической болезнью, еще не зная о последней, может принимать антибиотики по поводу другого заболевания; в результате картина венерического заболевания смазывается, инкубационный период удлиняется.

Применение даже небольших доз антибиотиков больными гонореей ведет к исчезновению гонококков в выделениях. Косвенным диагностическим методом в этом случае является передняя уретроскопия, при которой выявление воспалительного инфильтрата (изменение цвета, отечность и отсутствие сосудистого рисунка слизистой уретры, неправильная «центральная фигура») должно насторожить эксперта в отношении возможности гонорейного воспаления. Явления воспалительного инфильтрата сохраняются в течение, примерно, двух недель после лечения антибиотиками.

Основным методом выявления сифилиса в таких случаях является серологическое исследование крови и спинномозговой жидкости.

45. Выявление половых контактов и обследование их участников может помочь в диагностике заболевания и решении вопроса об источнике заражения.

Сообщение женщины о бывших у нее «самопроизвольных выкидышах» может указывать на сифилис; в таких случаях необходимо соответствующее неврологическое обследование. Твердый шанкр у женщин может локализоваться не только на наружных половых органах, но, например, и на шейке матки.

Необходимо обращать внимание на консистенцию уретры, что определяют, прижав ее пальцем через влагалище к лонному сочленению. В норме уретра — мягкой консистенции, состояние ее в виде плотного тяжа указывает на наличие хронического воспалительного процесса, чаще всего гонорейной этиологии. Следствием гонорейного процесса также часто бывает двустороннее хроническое воспаление придатков и двустороннее воспаление Бартолиниевых желез и их протоков.

У женщин мазки берут из уретры, шейки матки и прямой кишки на одно предметное стекло, предварительно разделенное на три части.

46. Окончательный диагноз венерического заболевания устанавливают: в случаях сифилиса—после проведения серологического исследования крови, при необходимости—спинномозговой жидкости (реакция Вассермана и осадочные реак-

ции), исследования на бледную спирохету соскоба с твердого шанкра, поверхности папул или эрозий, пунктата лимфатического узла; в случаях гонореи — после бактериологического исследования отделяемого уретры на гонококки (мазок, посев).

Все эти исследования следует проводить в специализированых учреждениях—венерологических диспансерах или кожно-венерологических кабинетах поликлиник или кожно-венерологических отделениях больниц.

УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ МУЖЕЛОЖСТВА

47. При проведении судебно-медицинской экспертизы по поводу мужеложства выясняют:

а) половую способность освидетельствуемого (см. раздел «Экспертиза способности к половому сношению»); половая способность у гомосексуалистов может быть снижена, но половая слабость у них проявляется в таких случаях, в основном, в отношении женщин.

б) занимался ли освидетельствуемый онанизмом, в течении какого периода жизни, как часто;

в) когда и при каких обстоятельствах начал заниматься гомосексуализмом;

г) находится ли на учете у психиатра; в положительном случае запрашивают медицинские документы с целью уточнения диагноза заболевания и характера симптоматики.

48. Обследование проводится по общему плану (см. раздел «Экспертиза способности к половому сношению»), но имеет некоторые особенности.

Если освидетельствованию подвергается активный партнер, то помимо осмотра и измерения полового члена, выясняют — не имеется ли на половом члене (и лобковых волосах) частиц кала. Особенно тщательно осматривают область венечной борозды и углубления по обе стороны уздечки. Если обнаруживаются посторонние частицы, то изготовляют отпечатки путем плотного прижатия чистого предметного стекла (фото- или рентгенопленки с отмытой эмульсией) к подозрительному месту на половом члене.

Предметное стекло с полученными отпечатками и лобковые волосы, с частицами, подозрительными на кал, исследуются под микроскопом самим судебно-медицинским экспертом, имеющим необходимую подготовку, или направляются в судебно-биологическое отделение судебно-медицинской лаборатории с целью исследования на наличие частей кала (растительная клетчатка, мышечные волокна, яйца глист и т. п.). а также — на кровь, если у пассивного партнера выявлены повреждения прямой кишки.

Если имеется возможность, то проводят бактериологическое исследование отпечатков полового члена на наличие кишечной палочки.

Примечание: У мужчин, не производящих систематического туалета полового члена (особенно если половой член имеет закрытую крайнюю плоть) в области венечной борозды под крайней плотью скапливается серовато-беловатая или желтоватая смегма. Под микроскопом она имеет вид аморфных глыбок без характерного клеточного строения, присущего растительной клетчатке или мышечным волокнам.

49. При осмотре полового члена обращают внимание на наличие кровоизлияний, ссадин, приставших волос, посторонних веществ, в частности вазелина.

Примечание: При подозрении на наличие вазелина половой член обтирают тампоном из марли или ваты, который затем направляется на исследование в судебно-химическое отделение лаборатории бюро судебно-медицинской экспертизы.

50. У активных партнеров, даже в случаях систематического совершения половых актов через задний проход, каких-либо анатомических изменений полового члена, характерных для мужеложства, не возникает.

51. При освидетельствовании предполагаемого пассивного партнера необходимо обратить внимание на жалобы в связи с желудочно-кишечными заболеваниями, на наличие осложнений или остаточных явлений этих заболеваний (хронические запоры или поносы); выяснить не страдал ли он заболеваниями прямой кишки (геморрой, проктит, парапроктит, выпадение прямой кишки, дизентерия, не было ли оперативных вмешательств в области заднего прохода по поводу незаживающих трещин, геморроя и т. д.), так как последствия этих заболеваний могут быть ошибочно приняты за изменения, связанные с систематическим мужеложством в качестве пассивного партнера.

Расспрашивают об имеющихся и перенесенных венерических заболеваниях. В необходимых случаях запрашивают из лечебных учреждений медицинские документы, которые могут содержать сведения, важные для выяснения вопроса об имевших место половых сношениях через задний проход (например, наличие у освидетельствуемого в прошлом твердого шанкра в области заднего прохода).

52. С целью выявления признаков, характерных для пассивных партнеров, производят детальное обследование области заднего прохода. Осмотр проводится в коленно-локтевом положении освидетельствуемого на кушетке.

а) Вначале устанавливают, имеются ли какие-либо повреждения на теле, в частности—кровоподтеки на ягодицах от давления пальцами; отмечают состояние межъягодичной

щели (глубокая, неглубокая). Затем ягодицы слегка разводят руками и приступают к осмотру области заднего прохода и лучеобразных скадок, указывая их состояние (выраженные, невыраженные, сглаженные; мягкие, грубые), окраску и ее степень.

При обнаружении рубцов описывают их характер (линейные, неправильной формы, втянутые, невтянутые, плотные, неплотные и т. д.), локализацию (принято условно отмечать их расположение применительно к окружности, разделенной на 12 равных частей по аналогии с циферблатом часов, с указанием положения освидетельствуемого (коленно-локтевое, на спине).

б) Отмечают состояние области заднего прохода (в виде небольшого углубления, широкой или втянутой воронки) и заднепроходного отверстия (не зияет, зияет незначительно, значительно).

Выявив воронкообразную втянутость, надо учитывать, что у некоторых людей область заднего прохода в норме может иметь вид узкой или широкой воронки. В таких случаях воронка образована только за счет слизистой оболочки.

Воронкообразная втянутость у пассивных партнеров образуется, начиная с области кожных покровов заднего прохода и переходит на слизистую прямой кишки, так что стенки воронки состоят последовательно из кожных покровов и слизистой заднепроходного отверстия.

Примечание: Необходимо помнить о возможности умышленного (волевого) сокращения сфинктеров что может привести к некоторому стушевыванию имеющейся воронкообразной втянутости. В таких случаях следует производить более длительное исследование сократимости сфинктера, так как такое «волевое» сокращение его длительное время удерживаться не может.

в) Для дальнейшего осмотра большими пальцами рук, расположенными параллельно по обеим сторонам заднепроходного отверстия на расстоянии 2—2,5 см, раздвигают ягодицы и растягивают анальное отверстие. В норме заднепроходное отверстие закрыто; при слабости сфинктеров, которая, наряду с различными другими причинами, может быть обусловлена половыми сношениями через прямую кишку, заднепроходное отверстие зияет в большей или меньшей степени.

г) Осматривают видимую часть слизистой прямой кишки.

Отмечается окраска слизистой прямой кишки (бледно-розовая, розовая, красноватая, красная, багрово-красная, багрово-синюшная), так как для половых актов через задний проход характерно раздражение слизистой прямой кишки, причем степень его зависит от частоты совершения половых актов и ряда других причин, возникающих вследствие мужеложства— повреждения, внесения инфекции (гонорейный проктит и т. д.).

53. В ряде случаев у лиц, с которыми совершается акт мужеложства отмечаются свежие повреждения в области заднепроходного отверстия и на слизистой прямой кишки в виде кровоподтеков, трещин, ссадин или ран. При наличии таких повреждений описывают их характер, форму и расположение.

54. Осмотр слизистой прямой кишки следует начинать с так называемой переходной складки (границы слизистой и кожи анальной области) с целью выявления продольных трещин, ссадин, разрывов.

Наиболее чатыми повреждениями являются трещины, которые, как правило, располагаются продольно между складками слизистой на передней и частично на боковых стенках прямой кишки. Заживают они быстро (особенно у детей), примерно, через 3—5 дней.

Ссадины, расположенные на вершинах складок слизистой, характерны для действия твердого предмета, конец которого образует грань. Такой тредмет при введении в прямую кишку как бы соскабливает складки слизистой. Половой член подобных повреждений на слизистой не образует.

В ряде случаев наблюдаются ссадины овальной формы, захватывающие всю слизистую: вершину складок и пространство между ними (преимущественно — у детей, с которыми совершен акт мужеложства).

На слизистой прямой кишки могут встречаться разрывы с завернутыми внутрь краями, имеющие вид прямых углов, одна из сторон которых располагается поперечно по отношению к прямой кишке, а другая имеет продольное направление. Такие повреждения характерны для насильственного введения полового члена в прямую кишку без предварительного смазывания веществами, уменьшающими трение (вазелин и т. п.).

Примечание: Исследование слизистой прямой кишки с помощью ректоскопа может производить судебно-медицинский эксперт, владеющий этой методикой, или соответствующий специалист.

Для целей судебно-медицинской экспертизы ректоскопическое исследование производится на глубину, не превышающую 10 см.

55. Для обследования наружного и внутреннего сфинктеров прямой кишки освидетельствуемому в коленно-локтевом положении в прямую кишку вводят указательный палец (резиновую перчатку смазывают вазелином). Сфинктер, обладающий хорошим тонусом, плотно охватывает введенный палец (симптом кольца), расслабленный сфинктер охватывает палец слабо, допуская в ряде случаев движения пальца в вертикальной плоскости. Следует помнить о возможности искусственного («волевого») сокращения сфинктера (см. примечание к п. 52).

56. В свежих случаях, когда пассивный партнер или потерпевший после сношения в задний проход не имел акта дефекации, берут ватным тампоном содержимое из прямой кишки и делают мазки.

Мазки высушивают при комнатной температуре и исследуют после окрашивания фуксином. При необнаружении сперматозоидов в мазках надлежит исследовать тампон. Мазки и тампон эксперт изучает сам или направляет их в судебно-биологическое отделение судебно-медицинской лаборатории.

Если тампон немедленно передается для исследования в судебно-медицинскую лабораторию, его помещают в пробирку, если же он будет исследован лишь через некоторый срок, его предварительно высушивают при комнатной температуре.

Примечание: Для приготовления тампона между браншами хирургического пинцета зажимают край кусочка ваты, оставшуюся часть ваты несколько раз заворачивают вокруг конца пинцета. Тампон вводят в прямую кишку примерно на 3—5 см (не глубже) и циркулярным движением, с некоторым нажимом, обтирают слизистую прямой кишки (для того, чтобы расправить карманы слизистой, в которых скапливается сперма), затем извлекают и делают 5—6 мазков на предметных стеклах.

57. В свежих случаях в области заднего прохода и промежности пассивного партнера (или потерпевшего) могут находиться приставшие лобковые волосы активного партнера, следы засохшей спермы. Их следует изъять и направить для исследования в судебно-биологическое отделение судебно-медицинской лаборатории.

58. Единичные акты мужеложства, как правило, не оставляют стойких изменений в области заднего прохода и прямой кишки (исключения составляют только случаи, сопровождающиеся значительными повреждениями, после заживления которых остаются рубцы). Поверхностные повреждения слизистой и кожных покровов, возникающие в области заднего прохода и слизистой прямой кишки обычно проходят бесследно.

59. Для лиц, систематически совершающих акты мужеложства в качестве пассивных партнеров характерны следующие изменения в области заднего прохода и прямой кишки: воронкообразная втянутость, зияние заднепроходного отверстия, сглаженность лучеобразных складок в окружности заднепроходного отверстия и слизистой прямой кишки, расслабление сфинктеров и багрово-красная с синюшным оттенком окраска слизистой прямой кишки.

Степень интенсивности и проявление этих признаков может быт различной, часть из них вообще может отсутствовать.

60. На одежде пассивного партнера (потерпевшего) могут находиться следы спермы, кала. Если есть основания полагать, что они возникли при акте мужеложства, то одежду нужно исследовать в судебно-биологическом отделении судебно-медицинской лаборатории с целью установления групповой принадлежности спермы (которая может происходить от активного партнера), выявления частиц кала в пятнах спермы.

61. В случаях расследования по поводу развратных действий в отношении несовершеннолетних, экспертиза призводится так, как указано в этом разделе, причем обращается внимание на повреждения и изменения в области половых органов и заднего прохода.

УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СОВЕРШЕНИЕ НАСИЛЬСТВЕННОГО ПОЛОВОГО АКТА

(Судебно-медицинская экспертиза подозреваемого в изнасиловании)

62. Судебно-медицинская экспертиза лица, подозреваемого в совершении изнасилования, должна производиться в максимально короткие сроки от момента происшествия.

63. При осмотре одежды обращают внимание на повреждения (разрывы, отсутствие пуговиц и т. п.), загрязнения (землей, глиной, известью, травой и т. д.), пятна, подозрительные на кровь, кал, слюну и пр., а также на наличие на одежде волос, волокон тканей (которые могут принадлежать потерпевшей), фиксируя в заключении эксперта (акте судебно-медицинской экспертизы) необходимые данные.

Примечание: В случаях изнасилования загрязнения одежды обычно имеют характерную локализацию: в области коленных суставов спереди, задней поверхности локтевых суставов и предплечий, носков обуви. Загрязнения одежды иногда могут указывать на пребывание свидетельствуемого в определенном месте, что в совокупности с показаниями потерпевшей и объективными обстоятельствами дела, может иметь значение.

64. Предметы одежды освидетельствуемого с пятнами подозрительными на кровь и пр. должны изыматься следователем и направляться на исследование в судебно-биологическое отделение судебно-медицинской лаборатории для решения вопросов о наличии крови, ее видовой и групповой принадлежности. При наличии в лаборатории подготовленного специалиста может производиться исследование крови на половую принадлежность.

Следует иметь в виду, что хотя обычно обнаружение спермы на одежде мужчин, подозреваемых в изнасиловании, не является доказательным, однако на одежде лица, подозреваемого в групповом изнасиловании, сперма может происходить

от другого участника изнасилования, вследствие чего определение групповой принадлежности спермы в таких случаях приобретает значение.

65. Производится обследование физического состояния освидетельствуемого для установления его развития, силы, степени выраженности вторичных половых признаков и других данных, имеющих значение для дела.

66. В случаях изнасилования, сопровождающихся активным физическим сопротивлением потерпевшей, на теле насильника возникают повреждения в виде разнообразных ссадин и кровоподтеков, располагающихся на лице (губах, языке), шее, руках, коленных и локтевых суставах. Характерные повреждения остаются от ногтей пальцев рук, от зубов.

На половых органах и в области лобка могут быть обнаружены: повреждения на головке и крайней плоти полового члена (разрывы уздечки, свежие кровоподтеки и ссадины); следы крови (чаще всего остаются в области уздечки), свободно лежащие волосы. Найденные волосы должны быть изъяты и направлены в судебно-биологическое отделение судебно-медицинской лаборатории бюро судебно-медицинской экспертизы для сравнительного исследования с волосами самого освидетельствуемого и потерпевшей.

При наличии в судебно-биологическом отделении эксперта, имеющего необходимую подготовку и опыт, может быть произведено исследование материала с полового члена на вагинальные клетки и на групповую принадлежность вагинального отделяемого.

Под ногтями подозреваемого может находиться кровь, волокна материала одежды потерпевшей, поэтому содержимое из-под ногтей направляют в судебно-биологическое отделение судебно-медицинской лаборатории; последняя при обнаружении волокон одежды через следователя посылает их в соответствующую научно-исследовательскую лабораторию судебных экспертиз; туда же можно направлять волокна одежды, изъятые с полового члена подозреваемого.

67. При осмотре головки и крайней плоти полового члена обращают внимание на состояние их эпителиальных покровов. Наличие отложений смегмы в препуциальном мешке может указывать на то, что свидетельствуемый в ближайшее перед осмотром время полного полового акта, с введением полового члена во влагалище, не совершал.

68. Обнаруженные на теле и одежде повреждения и особенности описывают с указанием их локализации, характера, размеров, цвета и пр. В отношении повреждений на теле, кроме того, решают вопрос о времени и механизме их возникновения.

* * *

«Правила» составлены кандидатами медицинских наук О. А. Панфиленко (Научно-исследовательский институт судебной медицины Министерства здравоохранения СССР), Б. М. Семеновым (Кафедра судебной медицины 2 Московского медицинского института) и судебно-медицинским экспертом И. Г. Блюминым (Бюро судебно-медицинской экспертизы Московского горздравотдела) при участии сотрудников организационно-методического отдела Научно-исследовательского института судебной медицины Министерства здравоохранения СССР.

Рекомендации в отношении исследования наличия кала на лобковых волосах (.48) и половом члене (п.48); установления наличия и группы спермы и наличия кала на одежде пассивного партнера (п. 60) в случаях мужеложства; наличия и группы спермы на одежде лиц, заподозренных в совершении изнасилования (п. 64); исследования вагинальных клеток и вагинального отделяемого (п. 66) даны в соответствии с работами профессора Н. Г. Шалаева.

Главный судебно-медицинский эксперт
Министерства здравоохранения СССР

профессор **В. И. Прозоровский**

Профессор
Аделаида Петровна ЗАГРЯДСКАЯ

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ПОЛОВЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ

Лекция для студентов

Редактор Г. Н. Зайцева
Художник В. З. Вешапури

Подписано к печати 13. II 75.
МЦ 00015. Формат 60×90 1/16. Объем 4,25 усл. п. л.
Тираж 5000 экз. Заказ 1426. Цена 0-30 коп.

Дзержинская типография Горьковского управления издательств, полиграфии и книжной торговли

Цена 30 коп.